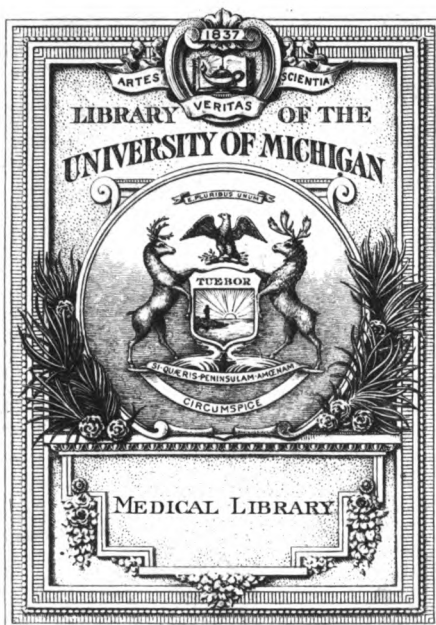




A 3 9015 00380 180 3
University of Michigan - BUHR



610.5

D43

C4

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

**INTERNATIONALE RUNDSCHAU
AUF DEM
GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTS-
KRANKHEITEN.**

**HERAUSGEGEBEN
VON
PROFESSOR DR. MAX JOSEPH
IN BERLIN.**

**SECHZEHNTER JAHRGANG.
MIT ABBILDUNGEN IM TEXT.**



**LEIPZIG
VERLAG VON VEIT & COMP.
1913**



Medical
Mueller
1-20-27
13902

Inhalt.

a) Originalabhandlungen.

	Seite
Adler, Ernst. Über „Pixspor“ (Teerpuder)	138
Bengelsdorff, H. Th. Über das Dispensieren von Oleum cinereum in Ampullen	71
Bernheim, W. Über die Prophylaxe der Stomatitis mercurialis und den Gebrauch von Biozahnpaste	258
Boer, R. Über Hexal bei Gonorrhoe und deren Komplikationen	140
Buba. Beitrag zur Ätiologie und Therapie des Ekzems	136
Cohn, Willy. Über intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans	322
Fischer, Franz. Teilweises Ergrauen der Haare nach Trauma	162
Derselbe. Erfahrungen bei der Behandlung der Mikrosporie	227
Gutmann, C. Das Verhalten der nichtsyphilitischen Spirochätenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gegenüber dem Salvarsan	130
Derselbe. Leukonychia totalis in zwei Generationen	355
Heim, Gustav. Spielarten des Syphiliserregers	265
Hoefler, Edmund. Über Jodipindarreicherung	164
Hoffmann, Karl Friedrich. Trichoschisis. Eine bisher nicht beschriebene Haarveränderung	34
Liebl. Beitrag zur Therapie der Hyperidrosis pedum	359
Lowinsky, Julius. Zur Kenntnis der syphilitischen Fazialislähmung	98
Merz, Hans. Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung	8
Milota, Wenzel. Über die Verwendung des Noviforms in der Dermatologie und bei venerischen Erkrankungen	327
Paldrock, A. Eine einfache Methode, Leprabazillen in der zu untersuchenden Haut nachzuweisen	101
Piersig, A. Gibt es ein Mittel, die kleinen chirurgischen Eingriffe in vielen Fällen zu vermeiden?	198
Schourp, G. Die Behandlung der Syphilis mittels Kontraluesin	67
Spindler, A. Bemerkungen über den Komplementgehalt und die Wassermannsche Reaktion des Blutes Lepröser	69
Stokar, v. Zur Technik der intravenösen Salvarsaninfusion	67
Ullmann, Karl. Über ein neues Prophylaktikum „Virilact“ gegen venerische Infektion.	2. 38
Vollmer, E. Über Radiumwirkungen bei Hautkrankheiten	194
Wagner-Katz, Else. Über die Trockenluftbehandlung von nässenden und juckenden Dermatosen	291

b) Therapeutische Revue.

Joseph, Max	72
Schindler, Carl. Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft 103. 142. 167.	201

c) Referate.

1. Allgemeine Pathologie und Therapie

Seite 14. 46. 74. 108. 149. 173. 206. 229. 272. 297. 329. 359.

2. Entzündliche Dermatosen.

Seite 16. 47. 78. 111. 151. 175. 208. 230. 274. 300. 332. 362.

3. Zirkulationsstörungen der Haut.

Seite 17. 79. 209. 276. 303.

4. Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

Seite 17. 48. 80. 112. 177. 210. 232. 276. 304. 334.

5. Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

Seite 19. 81. 152. 212. 337.

6. Angioneuritische Dermatosen.

Seite 363.

7. Neuritische Dermatosen.

Seite 19. 50. 113. 179. 212. 234. 277. 306. 338.

8. Parasitäre Dermatosen.

Seite 114. 153. 213. 278. 338.

9. Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

Seite 20. 50. 82. 116. 153. 180. 214. 234. 279. 307. 339. 364.

10. Gonorrhoe.

Seite 20. 51. 85. 117. 155. 182. 236. 281. 309. 342.

11. Venerische Helkosen.

Seite 156. 238. 310.

12. Syphilis.

Seite 21. 52. 86. 119. 156. 183. 215. 239. 282. 311. 343. 365.

13. Krankheiten des Urogenitalapparates.

Seite 27. 60. 93. 124. 250. 286. 317. 343. 381.

d) Bibliographie.

Seite 29. 61. 95. 126. 158. 188. 222. 253. 287. 318. 350. 382.

e) Therapeutische Notizen.

Seite 29. 63. 95. 127. 159. 190. 223. 254. 287. 319. 351. 383.

f) Vermischtes.

Seite 32. 96. 128. 160. 192. 224. 256. 288. 320. 352. 384.

g) Vereinsberichte.

Argentinische dermatologische Gesellschaft in Buenos Aires Seite 192.

Berliner Dermatologische Gesellschaft Seite 30. 159. 223. 254. 319. 351. 383.

Krakauer ärztlicher Verein Seite 288.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft Seite 127. 255.

Niederländische Vereinigung der Dermatologen Seite 96.

Norddeutsche Vereinigung der Dermatologen von Ost- und Westpreußen Seite 190.

Société belge de dermatologie et de syphiligraphie Seite 191.

Warschauer medizinischer Verein Seite 63.

h) Personalien.

Seite 32. 64. 128. 160. 224. 288. 320. 352. 384.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1912.

Oktober.

Nr. 1.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Über ein neues Prophylaktikum „Virilact“ gegen venerische Infektion, von Privatdozent Dr. **Karl Ullmann**. 2) Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung, von Dr. **Hans Merz**.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Erythema infectiosum, von **J. W. M. Indemans**. 2) Hypophyse et système pileux, par **Léopold-Lévi et Wilborts**. 3) Experimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung des Bakteriengehalts der Haut durch dermatologische Behandlungsprozeduren, von **S. Hidaka**. 4) Die Verbesserung der Färbungen durch Fixierung des Gewebes mit Chlorzink, von **Th. Reimann** und **P. G. Unna**. 5) Zur Pathologie vakzinogener Ausschläge, von **Nobl**. 6) Radiumbehandlung, von **Kozerski**. — Entzündliche Dermatosen. 7) Beitrag zur pathologischen Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi); Folliculitis nuchae sclerotisus (Ehrmann), von **W. Schmidt** und **F. Wagner**. 8) Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Zur Pathogenese der Onycholysis, von **J. Heller**. 9) Zur Therapie der Alopecia seborrhoica und über vorbeugende Haarpflege mit Sapalkolpräparaten, von **Th. Mayer**. 10) Die Behandlung der Ulcera cruris mit der Quarzlampe, von **Braendle**. 11) Über den Fettgehalt der Epidermiszellen bei der Parakeratose, von **A. Cedercreutz**. — Zirkulationsstörungen der Haut. 12) Drei Fälle von Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum (Exanthemata ex usu Bromi), von **W. M. Kudisch**. 13) Die Histologie der Urticaria perstans papulosa, von **Fr. v. Krzysztulowicz**. 14) Eine Purpuraepidemie, von **A. Ernst**. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 15) Traitement de l'hypertrichose chez la femme par l'acetate de thallium, par **Sabouraud**. 16) Über den Fettgehalt des Epithels seborrhoischer Warzen, von **A. Cedercreutz**. 17) Leucoplasie et kraurosis vulvae, par **Jayle**. 18) Lymphadénome de l'amygdale, simulant un chancre syphilitique chez un enfant de 7½ ans, par **J. Renault** et **A. Cain**. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 19) Beitrag zum Studium der Scleroderma circumscripta, von **Vignolo-Lutati**. 20) Lupus érythémateux des paupières. Traitement par l'acide carbonique neigeux, par **J. Chaillous**. — Neuritische Dermatosen. 21) Traumatistische Alopecie und Vitiligo, von **Chajes**. 22) Pseudopelade chez un enfant, par **Dubois**. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 23) Lymphatische Leukämie mit Hauttumoren, von **Fimmer**. 24) Di alcuni reperti istologici in casi di lupus vulgaris trattati con la nerve di acido carbonico, per **G. Giuliani**. — Gonorrhoe. 25) Praktische Erfolge in der Gonorrhoeotherapie mit der Michaelisschen Gonokokkenvakzine, von **A. Hallös**. 26) Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzin, von **F. Hagen**. 27) Über die Verwendung des Chokolins bei der Therapie der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen, von **P. Mulzer**. 28) Beiträge zur Klinik der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen, von **Ed. Arning**. — Syphilis. 29) Zur Kenntnis der Hirnswellungserscheinungen während der Syphilisbehandlung, von **F. Pinkus**. 30) Ein Fall von akuter Nephritis haemorrhagica bei intravenöser Salvarsaninjektion, von **K. Justi**. 31) Zur pyrogenen Komponente intravenöser Salvarsaninjektionen, von **G. Nobl** und **S. Peller**. 32) Zur Frage der sauren oder alkalischen Salvarsanlösung, von **Struve**. 33) Über Neosalvarsan, von **A. J. Grünfeld**. 34) Über intralumbale Injektion von Neosalvarsan, von **W. Wechselmann**. 35) Über Neosalvarsan. Lokalbehandlung der generalisierten Syphilis und generali-

sierten Framboesia bei Kaninchen, von G. Castelli. 36) Mikroskopische Beobachtungen am lebenden Tier über die Wirkung des Salvarsans und des Neosalvarsans auf die Blutströmung, von G. Rieker und W. Knappe. 37) Beiträge zur Salvarsanbehandlung der Syphilis, von A. Haeccus. 38) Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan, von Joh. Fabry. 39) Néosalvarsan, par Queyrat. 40) Paraplégie à la suite d'une injection d'arsénobenzol chez une hérédosyphilitique atteinte de kératite parenchymateuse, par Péchin. 41) Zur Frage der Nebenwirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols, von Lipsztat. 42) Klinische und experimentell-psychologische Beobachtungen über mit dem Ehrlichschen Präparate behandelte Kranke, von Agadzanianc und Strezniewskij. 43) Beobachtungen über die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols, von Watraszewski. 44) Über die physiologische Salvarsanwirkung, von Czubalski. 45) Zur Intrakutanreaktion bei Syphilis, von G. Nobl und K. Fnss. 46) Reinzüchtung der Syphilisspirochäten, von J. Schereschewsky. 47) Über die Reinzüchtung der Spirochaete pallida, von H. Nakone. 48) Über ein neues Verfahren zur Gewinnung des Blutserums, von Y. Sakaguchi. 49) Die Bedeutung der paradoxen Sera bei der Wassermann-Reaktion, von Melrowsky. 50) Syphilis und Schrumpfniere, von C. Hirsch. 51) Über die Verimpfbarkeit des Ulcus venereum auf die Hornhaut, von A. Fontana. 52) Tardive syphilitische erosive Papeln an den Genitalien eines Weibes, fast 24 Jahre nach der Infektion (+ Spirochaete pallida, + Wassermann, von L. Nielsen. 53) Eine Schnellfärbungsmethode der Spirochaete pallida im Gewebe, von H. Nakano. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 54) Weitere Beiträge zur Kenntnis der Prostatakörner, von E. Björling. 55) Über die Antisepsis der Harnwege, von E. Remete. 56) Bericht über die Tätigkeit der an die chirurgische Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke in der Zeit vom 1. Juni 1911 bis 31. Mai 1912, von Adrian. 57) Das Wesen der Prostatahypertrophie und deren Therapie, von W. Karo.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Personallen.

I. Originalmitteilungen.

1. Über ein neues Prophylaktikum „Virilact“ gegen venerische Infektion.

Von Privatdozent Dr. Karl Ullmann in Wien.

Je mehr die Erkenntnis von der ernsten Bedeutung der venerischen Erkrankungen in das Bewußtsein gewissenhafter Ärzte, und insbesondere ins Volk dringt, desto wertvoller und begehrenswerter werden die Prophylaktika.

Einerseits, welche Menge unnützer Opfer an Schmerz, Kummer und Sorge, Arbeitsverlust und ernsten Folgezuständen der Infektionen kann hier vermieden werden. Andererseits, welche Ersparnis durch Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit verschafft wohl in vielen Fällen ein wirksames, rationelles und doch unschädliches Prophylaktikum.

Nachdem ja die systematische Ausbildung einer speziellen und rationellen Krankheitsprophylaxe, — im Grunde genommen das letzte Ziel der Hygiene —, auf das materielle Gedeihen des ärztlichen Standes gewiß nicht ganz ohne schädigenden Einfluß bleiben kann und speziell auf dem Gebiete der venerischen Erkrankungen, vor der Hand nur in größeren dichtbewohnten Städten, durch die große Verbreitung dieser letzteren noch weniger fühlbar wird, so haben offenbar bisher recht oft ernste Bedenken sozialer Natur diesen praktischen

Zweig der Hygiene noch nicht zur vollen Ausbildung bringen lassen, die Sorge und Rücksicht auf die eigene Existenz.

Es liegt dies aber auch in anderen Ursachen, ebenfalls sozialer Natur: die Verschreibung prophylaktischer Mittel durch Ärzte oder Spezialärzte hat, insbesondere für letztere, noch eine zweite, nicht immer unbedenkliche Seite. Sie übernehmen durch ihren vorbeugenden Rat, oder gar mit ihren ad hoc gemachten, ausdrücklichen Verschreibungen, auch noch eine gewisse Verantwortung für das körperliche Wohlergehen und die weitere Gesundheit ihrer Schutzbefohlenen. Ein beträchtlicher Einsatz also, für den irgendwelche angemessene materielle Entschädigung zu verlangen der vornehm denkende Arzt allerdings nicht in der Lage, eigentlich aus sogenannten „Standesrücksichten“ gar nicht berechtigt ist!

Erst einmal nur mit prophylaktischen Ratschlägen ausgestattet, sind die Klienten aber erfahrungsgemäß nur ganz ausnahmsweise so taktvoll und zartfühlend, ihre Anerkennung und Dankbarkeit für die ärztlich-hygienische Wissenschaft selbst nur durch die, ja den Ärzten stets erwünschten, regelmäßigen Berichte über den jeweiligen Erfolg der prophylaktischen Maßnahmen zu zollen, geschweige denn geneigt, derselben dem gewissenhaften Vertreter der prophylaktischen Richtung gegenüber, in anderer, mehr materieller Weise Ausdruck zu geben. Vorläufig ist ja allerdings auch die ganze Art der ärztlichen Honorierung sowohl in den deutschen, als auch in anderen Kulturstaaten noch gar nicht für die Prophylaxe eingestellt. Wohl ganz mit Unrecht! Man sollte doch die einzelnen ärztlichen Ratschläge auch nach ihrem Werte und ihrer Bedeutung bemessen dürfen, etwa so, wie juristische Gutachten oder technische Expertisen. Unsere ärztlichen Standesbehörden beanstanden ja kaum jemals die Höhe von Honorarforderungen, auch nicht exorbitant hohe, für einmalige, positive Leistungen, Eingriffe, Konsultationsreisen usw. Ganz gleichgültig, ob hierbei durch die Kunst oder individuelle geistige Überlegenheit des Arztes dem Kranken überhaupt noch genützt oder nicht mehr genützt werden konnte; der gute Wille gilt eben hier als volles Gelingen! Sonderbarerweise wird aber ein guter, demzufolge auch ernster, prophylaktischer Rat fast allgemein von den Klienten, ja selbst von vielen Ärzten, geradezu als eine Bagatelle betrachtet, und dementsprechend eingeschätzt, auch dann, wenn er mit Sorgfalt und voller Sachkenntnis erteilt und den denkbar besten Erfolg gehabt hatte.

Schlägt aber gar ausnahmsweise solcher Rat, durch das Verschulden des Patienten selbst oder durch die vorliegenden individuellen Verhältnisse, fehl, sei es, daß dennoch Infektion eintrat, oder gar irgend welche Reizungen der behandelten Hautstellen, dann trifft die Schuld hierfür sehr oft lediglich den Arzt. Solche Fälle sind mir selbst und, wie ich weiß, auch anderen Kollegen wiederholt vorgekommen. Mitunter wurden auch beginnende Strikturen, kleine Ulcerationen, periurethrale Knoten, auch Papillome der Urethralmündung mit dem häufigen Gebrauche der Silbermittelinstitutionen in Zusammenhang gebracht. Gewiß nicht immer mit Unrecht, wenn auch nur selten theoretisch ein sicherer kausaler Zusammenhang konstruiert werden kann. Gegen diese Mißstände und Schattenseiten einer ärztlich-individuellen Prophylaxe gegenüber venerischer Infektion vermag der einzelne nicht erfolgreich anzukämpfen, das wäre wohl einzig und allein Sache der Standesbehörden und Vereine etwa noch in Gemeinschaft mit den verschiedenen Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

So ist es also den Ärzten gewiß nicht zu verdenken, wenn sie, gerade auf diesem Gebiete noch mit einem gewissen Mißtrauen, mit weitgehender Skepsis und allerlei Reserven, behaftet sind. Hervorragende Ärzte aller Zeiten, insbesondere Syphilidologen, haben sich, offenbar auch aus solchen Bedenken heraus, sogar im allgemeinen gegen jede positive, zumal aber chemisch irgendwie differente prophylaktische Encheirese ausgesprochen, oder hier mindestens eine gewisse Lauheit in der Anwendung bekundet.

In den letzten Jahren erst haben sich allerdings die Anschauungen einigermaßen geändert und sind zugunsten aktiver Prophylaxis umgeschlagen. Insbesondere hat die Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten diesbezüglich eine Bresche geschlagen. A. Neisser hat schon in seinem einleitenden Vortrage über die Aufgaben dieser Gesellschaft (1902) dem persönlichen Schutz der jungen Männer mittels aktiver prophylaktischer Mittel unmittelbar post coitum — zur Vermeidung von Infektionen — eine wichtige Rolle beigemessen, und seither, zum Teil auch schon vorher, haben sehr viele, darunter hervorragende Ärzte aller Länder, denselben Weg betreten.

So Prof. Blaschko, Sanitätsrat F. Block u. a. Ich selbst habe schon 1893, d. i. 4 Jahre vor Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in einem Promemoria an die Wiener Dermatologische Gesellschaft unter der Präsidentschaft Moritz Kaposi auf die Bedeutung einer energischen Prophylaxe gegen die ansteckenden Geschlechtskrankheiten hingewiesen, in welcher wohl noch keine positiven Ratschläge angegeben, aber doch schon die Notwendigkeit umfassender Aufklärung für höhere Schulen, Elternhaus, Lehrer u. a. betont wurde. — (Eigenverlag dieser Gesellschaft.)

In dem sich aus diesem meinem persönlich abgegebenen, für die große Öffentlichkeit leider ungedruckt gebliebenen Promemoria ergebenden Gesamtreferate der Gesellschaft, an welchem sich die hervorragenden Mitglieder derselben als Referenten und in der Diskussion beteiligten, wurde dieser Teil der positiven Prophylaxe selbstverständlich noch prinzipiell nicht berücksichtigt.

Es wäre übrigens derartiges, damals, unter Kaposi und Neumann, als Präsidenten der Gesellschaft, einfach unmöglich gewesen. Es entsprach eben noch nicht den Anschauungen der Richtung dieser Zeit.

R. de Campagnolle hat (1905) in seiner wertvollen Studie „Über den Wert der modernen Inatillationsprophylaxe der Gonorrhöe“ auf die historische Entwicklung dieses Teils der sexuellen Prophylaxis von da ab noch weit genauere Mitteilungen gemacht.¹ In den sehr zahlreichen Vorträgen, die seither meist von Mitgliedern der letztgenannten Gesellschaft und solchen der im Jahre 1906 gegründeten „Österreichischen Schwestergesellschaft“ gehalten wurden, wurde schon auf diesen Punkt in positiver Weise Rücksicht genommen. Meist wurden zur Gonorrhöeprophylaxis Protargollösungen im Sinne von E. Frank und Welander, zur Luesprophylaxis die von Metschnikoff zuerst empfohlene Kalomelsalbe in Vorschlag gebracht.

Ich selbst habe ebenfalls in sehr zahlreichen, zum Teil systemisierten (Export-Akademie seit 1899) Vorträgen an verschiedenen Wiener Hoch-

¹ Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten. 1905.

schulen¹ und im Wiener Volksbildungsverein, diesen Punkt jedesmal, wenn auch mit der größten Vorsicht, behandelt. Ich hielt und halte auch heute noch die sehr häufige, unkontrollierte Anwendung immerhin intensiver Reizmittel für Haut und Schleimhaut als eine nicht ganz gleichgültige Sache. Die ärztliche Verantwortung ist gerade hier unverhältnismäßig groß, und insbesondere bei solchen für die Masse berechneten Ratschlägen pflegte ich meist nur gründliche Waschungen mit Seife und schwachen Zusätzen von Sublimat, Chinosol, Kalipermanganat zu empfehlen. Wichtiger erschien mir immer der Punkt, daß die Reinigung eine gründliche, dem individuellen Bau angepaßte, dementsprechend sinngemäße sein müsse. Chemische Prophylaktika differenter und oft reizender Natur zur Instillation können, so pflege ich hervorzuheben, nur im einzelnen Falle und nur durch den Arzt, und zwar jeweils dem Individuum angepaßt, verschrieben werden; und auch da kann die ärztliche Verantwortung nur eine ungleich geringere sein als bei der Therapie. Denn während einer Behandlung beobachtet der Arzt die Folgen und geweblichen Reaktionen jedes Eingriffes; dieser Punkt aber entfällt bei jeder chemischen Prophylaxis, wenn sie aktiv und wirksam und noch dazu recht häufig eingreift.

Die Prophylaktika müssen deshalb vor allem ganz unschädlich und selbst möglichst reizlos sein.

Dieser Punkt ist wichtiger oder doch ebenso wichtig als die so oft behauptete und doch stets fragliche „absolute Sicherheit“ ihrer Wirkung; denn irgend ein absolut sicher wirksames Prophylaktikum gibt es ja ohnedies nicht.

In diesem Punkte stimme ich den Ausführungen Prof. Grubers² völlig bei. Ebenso darin, daß der Ausdruck; „Sicherer Schutz“ aus allen Ankündigungen von Prophylaktika als unrichtig und unmoralisch entfallen mußte.

Solche Bezeichnungen verleiten, wie Gruber ebenfalls so richtig sagt, gelegentlich geradezu zu ungezügelterm Geschlechtsgenuß!

Es ist hier wohl der geeignete Ort uns diesbezüglich des Wertes und der Bedeutung des Kondoms zu erinnern. Gilt derselbe ja mit mehr oder weniger Recht als das beste, ja einzige sichere Prophylaktikum gegen venerische Infektion. Auch kennt die große Masse der hier in Betracht Kommenden,

¹ Hygienisch-prophylaktische Vorträge mit Einbeziehung und besonderer Betonung der sexuellen Prophylaxe wurden in Österreich bzw. in Wien meines Wissens zuerst von mir abgehalten und zwar von der Studienkommission der damals neugegründeten Wiener Exportakademie für die relativ bald selbständig werdenden absolvierten Akademiker für besonders wichtig und wertvoll gehalten. Es werden seither an dieser Stelle von mir in jährlichen Kursen von 15 Vorlesungen alle wichtigen Fragen der praktischen Hygiene und Prophylaxe (Alkohol — Malaria — Seekrankheit, Bergkrankheit, Schiffshygiene — Tropenschutz usw.) vorgetragen. Weit später haben bei uns andere Vereine und Anstalten solche Vorträge für verschiedene Studienstufen und Berufe etabliert: so die staatliche Lehrerbildungsanstalt, die Universität usw. An der hiesigen Technik (Polytechnikum) las seinerzeit Dozent E. Lewy 1886—1898 nur über Berufskrankheiten und mit Ausschluß sexueller Prophylaxe!

² Vgl. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1912, Heft 1 u. 2.

den Kondom regelmäßig oder nur fallweise Benutzenden, selbst der Anfänger in beiden Geschlechtern, recht gut die ausgezeichnete Schutzwirkung eines guten und ungebrauchten Kondoms. Leider wird dieser einfache Apparat aber nur zu häufig prinzipiell verschmäht oder ist im Einzelfalle doch auch im richtigen Augenblicke gerade nicht zur Hand. Ältere neurasthenische und auch so sehr sensible Personen finden, wie ich wohl schon tausendfach zu hören bekam, auch andere verschiedenartige Einwände gegen den Gebrauch von Kondoms, so zwar, daß deren Gebrauch „nervös“, „impotent“, „krank“ mache, zu „nachträglichen Pollutionen, bei dazu ohnehin geneigten Individuen, prädisponiere, keine sexuelle Befriedigung ermögliche“, u. dergl. mehr.

Von den Anhängern der Richtung „der Notwendigkeit einer gewissen Zeitperiode des Sichauslebens beider Geschlechter zur vollen Entwicklung körperlicher und geistiger Kräfte und Fähigkeiten“ wird der Kondom sogar als eine Modifikation der Masturbation prinzipiell perhorresziert. Inwieweit mit Recht bleibe hier offen. Ich habe den Eindruck, daß hier bei älteren Ledigen, die ja auf den extrakonjugalen, freien Liebesverkehr angewiesen sind, sehr wohl Unterschiede bestehen können zwischen dem Verhalten im Einzelfalle und der absoluten Regel. Der regelmäßige ausnahmslose Gebrauch von Kondoms, obwohl von einzelnen wohl selbst immer schon verheirateten Hygienikern als bestes Prophylaktikum angesehen, beeinflußt gewiß die (sexuelle) Nerven-sphäre im nachteiligen Sinne.

Der Kondom ersetzt übrigens außerdem auch nicht vollkommen die nachträgliche Desinfektion des Genitales bezüglich der perigenitalen Regionen; er kann auch reißen oder doch feine Lücken gehabt haben; es kommen ja auch Infektionen trotz Kondomgebrauchs oft genug vor, schon während des Anlegens und öfter während des zu forcierten oder zu frühen Abnehmens.

Stets läßt sich in solchen Fällen aber noch post coitum, selbst 1 bis 2 Stunden später, noch ein Desinfektionsverfahren anwenden.

So erscheint also ein geeignetes Desinfektionsverfahren durch die gleichzeitige Empfehlung von Kondoms durchaus nicht überflüssig gemacht.

Also ein mildes, nicht Haut oder Schleimhaut reizendes, chemisches Desinfiziens mit relativ verlässlicher Wirkung auf noch oberflächlich liegende mit dem Genitale kontaminierte Infektionskeime irgendwelcher Natur. Das allein läge im Sinne einer vernünftigen, leicht erreichbaren unschädlichen Prophylaxe. Das Verfahren — man soll hier nie von einem Mittel sprechen, weil es hier auf die Anwendung ebenso ankommt wie auf das chemische Prinzip — muß nur rechtzeitig angewendet werden. Nicht erst dann, bis ein Teil der Keime, besonders Gonokokken, schon tief in das Lumen der Drüsen eingedrungen ist. Dies erfolgt schon in Minuten durch neuerlichen Koitus oder auch oft durch dessen Vorakte und Äquivalente, psychisch-mechanische taktile Reizungen. Hier also liegt wohl der Kern- mindestens ein Hauptpunkt, an dem auch die ärztliche Instruktion für den Unerfahrenen, allzu Vertrauensseligen einzusetzen hat und überaus wertvoll werden kann. Deshalb soll ja der prophylaktische Apparat nur Mittel zum Zwecke sein.

Kein Prophylaktikum ohne genaue ärztliche Instruktion.

Man hat hier bisnun die Mittel mit Tiefenwirkung bevorzugt. Mit welchem besseren Erfolge gegenüber anderen Desinfizientien? wer vermag das zu sagen, zu entscheiden?

Es wäre immerhin möglich, daß für gewisse Fälle von durch einige Zeit

verzögerter prophylaktischer Desinfektion die bekannten Silber-Eiweißmittel Protargol, Albargin den Vorzug verdienen. Machten uns ja seinerzeit 1892 Schöpfers Desinfektionsversuche mit diesen und dem Argentamin (phosphors, Silber mit Äthylendiamin) solche Tiefenwirkung glaubhaft. Indes hier handelt es sich dann auch immer um Ätzwirkung, um intensive Gewebsreaktion, also schon um eine Art von Abortion. Im Einzelfalle gewiß oft zweckmäßig, besitzt jedes solche in die Zellen eindringende Mittel, oft und lange Jahre gebraucht, doch auch schädliche Nebenwirkungen und Folgen. Stets habe ich deshalb die Meinung vertreten, daß es weniger die Desinfektionskraft, Spezifität oder Tiefenwirkung als die Art der Ausführung, lokalen Verhältnisse der Genitales, die zeitlichen Grenzen der prophylaktischen Desinfektion seien, die deren relativen Erfolg bzw. Mißerfolg beeinflussen.

Von diesem Gesichtspunkte aus empfahl ich auch seinerzeit (1897) schwache, alkalisch gemachte, Sublimatlösungen, und zwar sowohl zur Waschung der äußeren Genitalien, als post coitum zur Injektion in die Urethra, da diese für ihre Zeit sowohl gegen die Gonokokken als auch gegen die Erreger der Lues, solange diese nicht in die Schleimhaut eingedrungen sind, ein gutes, ja relativ wohl das wirksamste Desinfiziens darstellten.

Indes auch diese gutgemeinte scheinbar rationelle Desinfektion erwies sich noch für viele Individuen als viel zu reizend. Ich habe sie deshalb auch bald aufgegeben und mich später nur fallweise zur Verschreibung der bekannten verschiedenartig benannten Tropfapparate, wie „Viro“, „Sanitor“ usw. bestimmt gefühlt; aber meist auch nur dann, wenn die Betreffenden mich dringend darum ersuchten, auf längere Reisen in sehr gefährdete Gegenden, auf Übersee in Tropen gingen oder wenn sonstige spezielle Gründe vorlagen. Da dies relativ selten geschehen ist, und ich der Sache kein besonderes wissenschaftliches Interesse mehr entgegenbrachte, die meisten solcher Individuen auch über den Erfolg nicht mehr berichteten, wäre ich heute gar nicht in der Lage, ein bestimmtes persönliches Urteil über den Wert dieser Silberprophylaxe abzugeben.

Indes zweifellos ist es — wenigstens nach den amtlichen Berichten der Sanitätsleitungen der deutschen Kriegsmarine sowie auch des österreichischen Heeres —, daß solche Prophylaxe bei richtiger Instruktion und Kontrolle der Mannschaften, ein deutliches Zurückgehen der Morbidität an bei den ansteckenden Geschlechtskrankheiten insbesondere der Gonorrhoe, zufolge hatte.¹

Trotzdem scheinen mir die intensive, oftmalige Reizung der Schleimhaut, welche zu artefiziellen Katarrhen, ja bei älteren Individuen selbst zu Krebsbildung prädisponiert, sowie die stets peinliche Befleckung der Wäsche durch Silbersalze, solche Momente darzustellen, welche immer noch gegen die häufige oder regelmäßige Anwendung letzterer sprechen. Außerdem unterliegen die Silbermittel nach einiger Zeit dem Verderben, und reizen so, ohne selbst zu wirken, d. i. zu desinfizieren.

Im Verlaufe der letzten 15 Jahre habe ich auch wiederholt aus den subjektiven Beschwerden, die mir Personen angaben, welche die prophylaktischen Protargol-Instillationen regelmäßig und durch lange Zeit an sich vorgenommen hatten, den Eindruck bekommen, daß dieselben unter Umständen einen chronisch-katarrhalischen Reizzustand der Haut zur Folge haben; aber

¹ Vgl. Zeitschr. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. 1906—1912 an zahlreichen Orten.

auch objektive diesbezügliche Schleimhautbefunde konnte ich in einzelnen Fällen erheben.

Der erste diesbezügliche Fall, im Jahre 1906/7 beobachtet, ist mir noch in lebhafter Erinnerung. Es handelte sich um einen jungen Arzt, der schon als Student, mehrere Jahre hindurch, derlei Instillationen angewendet hatte. Obwohl niemals mit Gonorrhoe infiziert, wie er selbst glaubte, infolge der Schutzwirkung des Präparates, klagte er aber seit einiger Zeit über kontinuierliches Brennen im Harnrohr, meist nach dem Pißakt auftretend. Die Schleimhaut zeigte sich im Endoskop leicht granulierend, stellenweise verdickt und weißlich verfärbt. Weder zelliges Sekret noch Gonokokken waren durch Abstreifen zu finden. 3 cm hinter der Urethralmündung fand sich eine wulstige Erhebung der Schleimhaut, die nur für Bougies unter Nr. 13 passierbar war. Also eine Striktur ohne vorausgegangene Gonorrhoe, für die kaum eine andere Erklärung als die oftmaligen Reizungen der Schleimhaut zu finden war.

Im Jahre 1911 sah ich einen zweiten analogen Fall einer Striktur, nur für Chariere z. B. passierbar, ohne vorausgegangene Gonorrhoe, bei dem jahrelang vorher das Präparat „Viro“ gebraucht worden war, und bei welchem erst zweimonatliche Behandlung eine Besserung der vorhandenen Strikturbeschwerden zur Folge hatte. Beide Patienten hatten niemals vorher oder in früheren Jahren irgendwelche Harnbeschwerden gehabt.

Es besteht dennoch wohl kein Zweifel, daß, vielleicht nur bei vorhandener Disposition der Schleimhaut, immerhin langjähriger Gebrauch von derartig reizenden Instillationspräparaten, dieselbe krankhaft verändern und Strikturbildung erzeugen kann.

Angehorene Strikturen, obwohl auch relativ häufig vorkommend, bleiben wie bekannt, bis zur Akquirierung einer Gonorrhoe fast stets beschwerdelos und zeigen objektiv keine entzündlichen Symptome, Leukoplakie, subjektiv überhaupt keinerlei Beschwerden auf.

(Schluß folgt.)

2. Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung.

Von Dr. Hans Merz,

Spezialarzt für Haut- und Harnleiden in Basel.

Ob prämatüre Alopecie in früheren Zeitperioden, z. B. im Höhepunkt früherer Kulturvölker, schon so verbreitet war wie jetzt, wissen wir nicht. Immerhin ist dies denkbar, besonders wenn man zu der Ansicht neigt, daß sie, wie die Zahnkaries, ein Symptom einer gewissen Kulturstufe, bzw. Dekadenz, sei. Jedenfalls spielt eine unzweckmäßige Lebensweise eine große Rolle, und es wäre deshalb wohl möglich, daß eine Epoche eines in jeder Hinsicht raffinierten Lebensgenusses mit seinen zerrüttenden Folgen einen gewissen Einfluß ausüben könnte. Daneben bestehen aber noch zahlreiche andere Ursachen. Es ist bekannt, daß Stoffwechselerkrankungen (z. B. Chlorose), akute Infektionskrankheiten (Typhus, Scarlatina, Erysipel), schwerer psychischer Shock, auch Epilepsie Haarverlust

zur Folge haben können. Nach schweren Intoxikationen (Lebensmittelvergiftungen) stellt sich oft nach 2—3 Monaten sehr starker Haarausfall ein, der sogar — meistens allerdings nur vorübergehend — zur totalen Alopecie führen kann. Daß hereditäre Verhältnisse eine große Rolle spielen, ist außer Zweifel. Wir finden Familien, in welchen seit Generationen Söhne kahler Väter in einem bestimmten Alter in verhältnismäßig kurzer Zeit die „traditionelle“ Glatze bekommen; auch die Töchter sind hiervon nicht verschont, verstehen aber der Außenwelt den Anblick besser zu entziehen. Mit diesen Fällen sind nicht jene scheinbaren hereditären zu verwechseln, bei welchen es sich einfach um eine bekannte Seborrhoe oder irgend eine andere lokale oder allgemeine Erkrankung handelt, die allerdings der Vater auch schon gehabt haben mag, die aber beim Sohne nicht zur Alopecie zu führen brauchte, wenn rechtzeitig rationelle Haarpflege durchgeführt worden wäre.

Auf abnorm feste Verbindung der Galea aponeurotica mit der Cutis als Ursache der Glatze macht Pohl-Pinkus aufmerksam. Es ist in der Tat einleuchtend, daß solch abnorme Fixationsverhältnisse ungünstig auf die Ernährung des Haarbodens einwirken können. Nach der Scheinschen Theorie ist in der durch den *Musc. occipit. und frontalis* bedingten Spannung ein wichtiges Moment zu erblicken. Daß durch solche Spannung infolge Kompression ein mechanisches Hindernis für Blut- und Lymphstrom entstehen kann, ist verständlich. Ob und wie oft Schädeldeformitäten Einfluß haben, ist schwierig zu beurteilen. Es ist möglich, daß gewisse Formen eher zu einem der beiden letzterwähnten pathologischen Zustände führen können. Die Behauptung, daß Männer mit auffallend starkem Bartwuchs eher zur Glatzenbildung neigen, bedarf jedenfalls noch des Beweises.

Einen großen Komplex bilden die Alopecien auf neurotischer Basis. Zu diesen rechnet man auch die Alopecia areata, deren Stellung allerdings nicht unbestritten ist (Hutchinson, Sabouraud, Lassar). Neben der Areata kommt eine eigentliche Alopecia neurotica vor, basierend auf einer allgemeinen neuropathischen Grundlage, die sowohl vererbt, wie erworben sein kann. Partielle Alopecien kommen u. a. bei Lues, eitrigen Prozessen des Haarbodens, Pilzerkrankungen usw. vor.

Weit häufiger als diese genannten Alopecien ist aber jene Form, die auf einer Seborrhoe des behaarten Kopfes beruht, einer Affektion, die natürlich identisch ist mit der Seborrhoe irgend einer anderen Körperpartie, die aber sehr häufig lokalisiert auf den behaarten Kopf ohne Beteiligung des Gesichtes auftritt. Das Gefährliche bei dieser Form ist, daß sie jahrelang sehr leicht verkannt werden kann, geschützt vor Entdeckung durch noch dichten Haarwuchs und absolut unauffällig durch ihre minimalen Anfangssymptome. Oder wenn das Fallen der Schuppen die Aufmerksamkeit des Trägers oder der Eltern auf sich zieht, tröstet man sich höchstens mit dem Gedanken, daß die andere Haut sich auch abschuppe, und sieht darin also einen normalen Vorgang. Dies ist bis zu einem

gewissen Grade richtig, und es ist ziemlich schwierig, diese beiden Dinge im Anfangsstadium auseinander halten zu können. Wenn also Patienten oder deren Angehörige die Krankheit endlich entdecken, besteht dieselbe meistens schon jahrelang und ist bereits in eine solche Phase getreten, daß selbst eine sofort einsetzende rationelle Behandlung nicht immer mehr auf den gewünschten Erfolg hoffen läßt.

Diese Seborrhoe beginnt sehr früh, ich fand sie bei 5 und 6 jährigen Kindern. Stärker tritt sie auf in den Pubertätsjahren. Aus diesen unscheinbaren Anfängen entwickelt sich nun das genügend bekannte äußerst chronische Leiden, das, unbehandelt, unaufhaltsam seinen Weg geht und nach 10 und 20 Jahren unrettbar zur Glatze führt, ein Zustand, der wohl zu jeder Zeit als schwere kosmetische Schädigung galt. Und diesem Leiden standen die Ärzte lange Zeit passiv und machtlos gegenüber, und mußten zusehen, wie Kurpfuschertum und sogen. Haarkünstler auf diesem Gebiet ihre zweifelhaften Gaben säten, deren Früchte allerdings nicht in Rettung und Regeneration der Haare bestanden. Man braucht nur heute noch die Tagesblätter zu durchgehen, um zu sehen, mit welch geradezu schamloser Reklame gearbeitet und mit welchen Mitteln an die Ignoranz des Publikums appelliert wird.

Es ist deshalb sehr zu begrüßen, daß seit Jahren, besonders seit Aufblühen der Dermatologie, auf diesem Gebiete ernste wissenschaftliche Forschung eingesetzt hat, deren Fortschritte, wenn auch langsam, sich doch beginnen geltend zu machen. Klärend und fortschrittlich haben hier in den letzten Jahren die Arbeiten Max Josephs gewirkt. Wir müssen bei der Seborrhoe zwei Etappen unterscheiden. Die erste schließt eine krankhafte Tätigkeit der Talgdrüsen ein, bestehend in einer Hypersekretion, die zweite ist die eigentliche Schuppenbildung, eine Parakeratose. Dieser abnorme Verhornungsprozeß betrifft hauptsächlich die Haarwurzelscheide, wie Unna gezeigt hat. Da nun die Ernährung des Haares zum größten Teil durch diese Haarwurzelscheide stattfindet, bedeutet eine Erkrankung derselben eine schwere Schädigung. Zugleich setzen degenerative Prozesse in der Papille ein, und nun beginnt der Haarausfall. Es ist bei Kenntnis dieser Verhältnisse verständlich, daß damit schon ein ziemlich irreparabler Zustand geschaffen ist, und daß die Hoffnung auf Heilung nicht zu hoch gespannt werden darf; dies um so mehr, weil die Patienten noch nicht einmal jetzt in Behandlung kommen, sondern warten, bis die erste Morgenröte der werdenden Glatze durch die reduzierten, zum Teil auch schon erkrankten Haare schimmert.

Unna deutet diese abnorme Verhornung als Hyperoxydation. Ist diese Ansicht richtig, so ist damit auch der Wegweiser für eine rationelle Therapie gegeben. Wir müssen mit reduzierenden Mitteln entgegen arbeiten. Und hier hat wiederum Unna nachgewiesen, daß hauptsächlich der Schwefel solche reduzierenden Eigenschaften besitzt. Diese Unnaschen Lehren haben in den klinischen Erfolgen ihre Bestätigung gefunden, und

Max Joseph, der sich gerade auf diesem Gebiet hervorragend therapeutisch beschäftigt, kommt zu dem Schluß, „daß unter all den Mitteln, welche zur Behandlung der Alopecia seborrhoica empfohlen sind, der Schwefel in erster Linie steht und kein anderes Mittel sich an Wirksamkeit mit ihm vergleichen läßt. Er hat kurativen Einfluß, während alle übrigen empfohlenen Medikamente, wie Tannin, Resorzin, Kantharidentinktur, nur palliativ wirken“.

Über verschiedene Schwefelpräparate (Sulf. praecip., Sulf. colloidal, Sulf. pultiform.) führte der Weg schließlich zum **Sulfoform**. Von Dr. L. Kaufmann-Berlin dargestellt und von Max Joseph zuerst geprüft und in die Praxis eingeführt, bedeutet das Sulfoform einen entschiedenen Fortschritt in der Schwefeltherapie. Betreffs seiner Eigenschaften und seines chemischen Verhaltens verweise ich auf die ausführliche Josephsche Arbeit. Ich möchte hier nur nochmals hervorheben, daß es sich bei Anwendung des Sulfoforms um eine Schwefelwirkung in statu nascendi handelt, indem aus dieser organischen Verbindung sich Schwefel außerordentlich leicht abspaltet. Dieser Eigenschaft verdankt dieses Medikament seinen Vorzug vor allen anderen bisherigen Schwefelmitteln.

Herr Dr. Kaufmann hat mir in zuvorkommender Weise seit Jahresfrist in reichlicher Menge Sulfoform zur Verfügung gestellt, und hatte ich in dieser Zeit Gelegenheit, dasselbe in zahlreichen Fällen von Seborrhoea capillitii zu verwenden und zu prüfen. Ich bin hierbei zu der Überzeugung gelangt — nach vielen Versuchen mit den früheren Mitteln —, daß wir im Sulfoform zurzeit das wirksamste Schwefelpräparat gegen diese Affektion besitzen. Im großen und ganzen befolge ich die Josephsche Methode, bestehend in vorbereitender Waschung mit Sapo kalinus und nachfolgender Sulfoformapplikation. Es hat sich mir im Laufe der Zeit nachfolgender Behandlungsmodus als der beste erwiesen:

Während der ersten 8 Tage wird täglich einmal der Kopf scheitelweise mit ziemlich starker Bürste mit (nicht zu konzentriertem) Spiritus saponis kalinus tüchtig gereinigt. Den entstehenden Schaum läßt man 15—20 Minuten eintrocknen und spült dann mit reichlichen Mengen warmen Wassers das teils mechanisch, teils chemisch gelöste Material ab. Hierauf werden die Haare getrocknet (Föhn). Die nun folgende Applikation des Sulfoforms kann in Salbenform oder öliger Lösung erfolgen, und zwar wird dasselbe wiederum mit der Bürste eingerieben. Ich habe das Sulfoform in verschiedenen Vehikeln zur Anwendung gebracht. Als Salbe ist es bei männlichen Patienten sehr gut zu gebrauchen, während dieser Modus bei Damen wegen der lästigen starken Verfettung der langen Haare bald auf Widerstand stößt. Die ölige Lösung ist in dieser Hinsicht etwas günstiger, obwohl ihr immer noch derselbe Nachteil anhaftet, weshalb sie sich auch nicht gut für die tägliche Behandlung eignet. Die

alkoholisch-ölige Lösung, die Kaufmann darstellt, ist angenehmer im Gebrauch, darf aber wegen Gefahr einer Reizung nicht mit der Bürste, sondern nur mit dem Finger eingerieben werden. Herr Apotheker W. Kratz stellt hier in seinem chemisch-pharmazeutischen Laboratorium, neben einem zweckmäßigen Seifenspiritus, eine Sulfoformsuspension mit mäßigem Fettgehalt dar, die mir gute Dienste leistet und noch nie zu Reizungen führte.

Ist nun die Behandlung auf diese Weise 8 Tage exakt und energisch durchgeführt worden, so genügen für die folgenden 3 Wochen wöchentlich zwei Waschungen und zweimalige Anwendung der Kratzschen Suspension. Während die Applikation der letzteren noch für längere Zeit nicht unter zweimal wöchentlich sinken darf, sind die Waschungen weniger oft nötig, z. B. 8-, dann 14-tägig und schließlich 3wöchentlich je einmal. Für die Dauerbehandlung verwende ich nur noch die Kratzsche Suspension, hier und da auch die alkoholisch-ölige Lösung.

Damit ist die eigentliche Kur beendet. Gewöhnlich aber behält die Kopfhaut ein fahles Aussehen und fühlt sich schlaff an, es fehlt der normale Turgor. Es ist deshalb zweckmäßig, durch eine entsprechende Nachbehandlung zu versuchen, die Blutzirkulation der schwer geschädigten Kopfhaut zu heben. Man hat sich bis jetzt zu diesem Zweck mit Einreibung von tonisierenden Kopfwässern begnügt, z. B. bei trockenen Haaren 4%iger Kantharidentinktur, bei fetten 2%iger Resorzinspiritus.

Ich habe aber von jeher den Eindruck gehabt, daß sich spirituöse Mittel sehr wohl eignen für eine milde Dauerbehandlung, jedoch ungenügend wirken gerade im Anfang der tonisierenden Therapie, wo wir möglichst rasch und energisch der atrophisierenden Wirkung der durchgemachten Krankheit entgegen wirken wollen. Es war naheliegend, auf der Suche nach einem anderen geeigneten Agens die Lichttherapie heranzuziehen, und zwar speziell die ultraviolett Strahlen. Wir wissen, daß die Kapillaren ultraviolett bestrahlter Hautpartien längere Zeit die Eigentümlichkeit behalten, auf äußere mechanische Reize leicht zu reagieren, wo unbestrahlte Haut keine Reaktion zeigt. Wenn man eine solche Partie noch 2—3 Wochen nach der Bestrahlung einem mechanischen Reiz aussetzt (z. B. Massage), so hebt sich dieselbe deutlich von der Umgebung ab, und zwar infolge Erweiterung der Gefäße. Wenn wir also periodisch bestrahlen, erzeugen wir erstens unmittelbar eine Hyperämie und zweitens haben wir die Möglichkeit, noch längere Zeit nach der Bestrahlung die erhöhte Reaktionsfähigkeit der Kapillaren durch geeignete Massage (Anwendung oben genannter spirituöser Medikamente) auszunützen. Wir schaffen also eine andauernde Hyperämie und können dadurch den Stoffwechsel merklich beeinflussen. Es hat mir denn auch diese Lichtbehandlung ausgezeichnete Dienste geleistet und oft Resultate gezeitigt, die jedenfalls durch bloße Massage nicht erzielt worden wären. Ich benutze

die Uviollampe und führe jeweilen einen Turnus von drei Bestrahlungen mit etwa 4tägigen Intervallen durch, dann folgt eine 4wöchige Pause. Die einzelnen Sitzungen dauern 25—40 Minuten in 5—10 cm Distanz. Stärkere Reaktion vermeide ich. Mit diesen so durchgeführten milden Bestrahlungen läßt sich eine länger dauernde Hyperämie erreichen, als mit einer starken; außerdem werden auf diese Weise auch leichtere Schädigungen der Kopfhaut mit Sicherheit vermieden. In der 4wöchigen Ruhepause lasse ich mit einem der obigen Haarwässer täglich leicht massieren und zweimal wöchentlich Sulfoformsuspension anwenden.

Mit dieser Kur habe ich 72 Seborrhoefälle behandelt, und zwar zähle ich hier nur diejenigen, die ohne Unterbrechung und ganz genau die Behandlung durchgeführt haben. Von diesen 72 Patienten waren 14 männliche, 58 weibliche. Dem Alter nach verteilen sich die männlichen: a) 5—10 Jahre 3, b) 10—20 Jahre 3, c) 20 und mehr Jahre 8; die weiblichen: d) 5—10 Jahre 6, e) 10—20 Jahre 21, f) 20 und mehr Jahre 31.

Von diesen Fällen haben 15 rezidiert, nämlich unter Chiffre b) 2, c) 2, e) 4, f) 7.

Die häufigeren Rezidive beim weiblichen Geschlecht haben wahrscheinlich ihre Erklärung in rein äußeren Gründen, indem eben bei langem Haar die Durchführung der Kur erstens zeitraubender und zweitens schwieriger ist und deshalb an die Geduld der Patienten größere Anforderungen stellt.

Die 2 Fälle unter b betreffen einen 11jährigen Knaben, der $\frac{1}{4}$ Jahr in einem Ferienheim war und dort angeblich seine Kur exakt durchgeführt haben soll, und einen 17jährigen anämischen Jüngling, der an ausgesprochener Dermatonie litt. Anknüpfend an diesen letztere Fall will ich hier bemerken, daß bei bestehender Allgemeinaffektion selbstverständlich ebenfalls eine Behandlung derselben gleichzeitig vorgenommen wurde.

Die 2 Fälle unter c boten keine besonderen Erscheinungen, mit Ausnahme einer leichten nervösen Konstitution.

Die 4 Rezidive unter e betrafen: ein hochgradig nervöses 11jähriges Mädchen, das wegen seines Allgemeinzustandes für ein Jahr Schuldispens hatte, ein 17jähriges schwächliches, noch nicht entwickeltes Fräulein, und zwei kräftige Hellblondinen mit auffallend dichtem und feinem Haar, welches die Durchführung der Kur sehr erschwerte.

Unter den 7 Fällen bei f waren vier mehr oder weniger nervöse Patientinnen (zwei Blondinen) mit zum Teil mäßiger Anämie, zwei (eine Blondine) hatten große Neigung zu Adipositas und zeigten Störungen der Darmfunktion, eine (Blondine) wies außer einem im Verhältnis zu ihrer Größe sehr grazilen Körperbau nichts Besonderes auf.

Die ungünstigsten Resultate scheinen Damen mit sehr feinem Haar, speziell Hellblondinen, zu geben.

Die anderen 57 Fälle sind seit minimum $\frac{1}{4}$ Jahr ohne Rezidiv. Sie führen sämtlich eine das Normale nicht überschreitende Haarpflege durch, indem 2—4 wöchentlich eine Seifenspirituswaschung vorgenommen und je nach Bedarf 1—2mal wöchentlich die Kratzsche Suspension angewandt wird. An Stelle der Seifenspirituswaschung kann später abwechselnd shamponiert werden.

Die ganze Kur bringt, mit Ausnahme der täglichen Waschungen der ersten Woche, auch für Damen keine nennenswerten Unannehmlichkeiten mit, was für die Möglichkeit der Durchführung von großer Wichtigkeit ist.

Die guten Resultate aber, die mit rationeller Haarpflege erreicht werden, verpflichten dazu, das Publikum und speziell die Eltern in dieser Richtung aufzuklären und besonders dahin zu wirken — hierauf hat Lassar als erster aufmerksam gemacht —, daß die Kinder nicht nur dem Zahnarzt zur regelmäßigen Kontrolle zugeführt werden, sondern sich ebenfalls einer periodischen Kontrolle des Haarbodens durch den Dermatologen unterziehen. Es kann auf diese Weise manche Glatze vermieden und mancher Dame der schöne Schmuck ihrer Haare gesichert werden.

Literatur:

Jesner, Dermatolog. Vorträge für Praktiker. 1906. — Max Joseph, Dermat. Centralbl. XIV. Nr. 1 u. 2 u. X. Nr. 12; Haarkrankheiten 1910; Kosmetik 1912. — Lassar, Therapeut. Monatshefte. 1881 u. Deutsche med. Wochenschrift. 1906. — Paschkis, Kosmetik 1905. — J. Pohl, Dermat. Centralbl. III. Nr. 3. — Saalfeld, Therapeut. Monatshefte. 1905. — Schein, Wiener klin. Wochenschrift. 1903. — H. E. Schmidt, Josephs Handbuch für Kosmetik. 1912. S. 295. — Schneider, Dermatol. Centralbl. XIV. Nr. 10. — Unna, Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1882/83.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Erythema infectiosum**, von J. W. M. Indemans. (Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1912. H. 2. Nr. 3.)

Verf. beobachtete in Maastricht eine unter Kindern meist zwischen 7 und 12 Jahren, selten jüngeren Alters, epidemisch auftretende, erythematöse Erkrankung, die er als einen Morbus suis generis anspricht. Scharlach, Masern oder Roseola waren außer durch verschiedene Symptome schon darum ausgeschlossen, weil einige der Kinder diese Krankheiten kurz vor oder bald nach der besprochenen Erkrankung durchmachten, Erythema scarlatiniforme tritt nie so fieberlos, Erythema exsudat. multipl. stets polymorpher auf, andere Dermatosen zeigen einen weniger harmlosen Verlauf oder andere Lokalisation. Die beschriebene Rötung erschien nach einigen Tagen prodromaler Blässe, Appetitlosigkeit, leichten Schnupfens meist zuerst im Gesicht, mit Freilassung

von Nase und Mund, dann an den Streckseiten der Extremitäten, der Rumpf blieb oft frei. Die Rötung stieg bis zu zyanotischer Farbe, Infiltrationen traten hinzu, wuchsen und konfluieren. Daneben bestand leichter, trockener Husten, Schmerz an Pharynx und Tonsillen, manchmal Drüsenschwellung, niemals Fieber. Der nie in Bläschen oder Pusteln übergehende Hautausschlag wurde binnen 4—7 Tagen blässer, gleichsam marmoriert und heilte in allen Fällen ohne jede schädliche Folge. Trotzdem die Erkrankung epidemisch auftrat, scheint ihre Infektiosität nicht bedeutend zu sein, da Kinder der gleichen Familie ohne alle Vorsichtsmaßregeln einander doch nicht ansteckten.

J.

- 2) **Hypophyse et système pileux**, par Léopold-Levi et Wilborts. (Compt. rend. hebdomadaire de la Société de Biologie. 1912. 18. Mai.)

Die Verf. haben eine Person mit kolossaler Obesitas und genitaler Atrophie der Hypophysen-Organtherapie unterworfen und so ein Ausfallen der Haare am Körper, das Wachstum der Schamhaare und das Erscheinen von Bart und Schnurrbart bewirkt. Die Wirkung der Hypophyse auf das Haarsystem erfolgt in diesem Fall durch Vermittlung des Hodens, ein neues Beispiel von hypophyso-testikulärem Infantilismus.

H. Netter-Pforzheim.

- 3) **Experimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung des Bakteriengehalts der Haut durch dermatologische Behandlungsprozeduren**, von S. Hidaka. (Med. Klinik. 1912. Nr. 34.)

Die Fortsetzung der Untersuchungen des Verf. über die Beeinflussung der normalen Hautbakterienflora durch die gebräuchlichsten dermatologischen Medikamente in der Form von Salben, von öligen und spirituösen Lösungen und als Trockenpinselung ergab, daß die stärkste bakterienvermindernde Kraft dem Oleum rusci, dem Pyrogallol und dem Ichthyol zukommt, denen gegenüber Resorzin, Chrysarobin, Salizylsäure, Schwefel, Tumenol zurückbleiben, ferner, daß die Wirkung der genannten Mittel in Form von Pinselungen und spirituösen Lösungen diejenigen in Form von Salben und fetten Lösungen übertrifft.

Biberstein-Gleiwitz.

- 4) **Die Verbesserung der Färbungen durch Fixierung des Gewebes mit Chlorzink**, von Th. Reimann und P. G. Unna. (Med. Klinik. 1912. Nr. 32.)

Die Fixierung von Gewebsstücken in 2%iger Chlorzinklösung bedeutet für eine Anzahl von Färbungen, speziell für die mit polychromem Methylenblau und die Unna-Pappenheimsche Methode, sowie für die Karmin- und Orzeinfärbungen einen wesentlichen Fortschritt gegenüber der Alkohol- und Formalinfixierung. Auch für die Fettfärbung stellt die Chlorzinkfixierung eine Verbesserung dar, weil sie eine vollkommene Protoplasmanachfärbung zuläßt.

Biberstein-Gleiwitz.

- 5) **Zur Pathologie vakzinogener Ausschläge**, von Nobl. (Zeitschrift f. Kinderheilkunde. IV. H. 5.)

Der von den Impfgegnern immer wieder geführte Hinweis auf die Impfschäden, auf den Zusammenhang von schweren Allgemeinerkrankungen mit dem Impfprozeß hat der Kritik nicht standhalten können. Selbst die Inokulationsmöglichkeit der Syphilis und Tuberkulose bei Verwendung humanisierter Vakzine hat nicht genügend überzeugende Beweise erfahren. Die Vaccina generalisata gehört zu den seltensten Begleiterscheinungen der Vakzine. Sie tritt in zwei Formen als masernähnliche, erythemapapulöse Eruption und als universelles Kuhpockenexanthem auf. Ihre Erklärung finden diese vakzi-

nalen Exantheme mit der Annahme einer verzögerten Antikörperbildung. Ernster sind die durch Autoinokulation oder akzidentelle Übertragung des Vakzinevirus bedingten Sekundärinfektionen bestehender Hauterkrankungen zu beurteilen, wenn auch unter den zu tödlichem Ausgang gelangten Fällen der Nachweis des Zusammenhangs des Todes mit der Sekundärinfektion nicht geglückt ist. Verf. empfiehlt daher die subkutane Vakzination, die den Vorteil der Dosierbarkeit des Virus, des fast spurlosen Ablaufs des Impfvorganges und des Ausbleibens von „Vakzinosen“ bietet. Lilienstein-Berlin.

- 6) **Radiumbehandlung**, von Kozerski. (Med. i Kron. Lek. 1911. Nr. 28.)

Berichterstattung über eigene in etwa 40 Fällen beobachtete Erfolge. Was die Anzeichen anbelangt, stellt Verf. an erster Stelle Angiome, welche Radium ohne Schmerz und ohne Beschädigung der oberflächlichen Epidermis beseitigt. Nicht minder dauernde und ästhetisch schöne Dienste leistet es bei Behandlung der Hautepitheliome. Keloide erweichen unter seiner Wirkung und nehmen ein schön glattes Aussehen an. Lupusknötchen, häufig sogar tief gelegen, sowie auch hartnäckige Entzündungsprozesse der Haut verschwinden unter der Einwirkung des Radiums, und zwar desto sicherer und leichter, je frühzeitiger es angewendet wurde. Baschkopf-Krakau.

Entzündliche Dermatosen.

- 7) **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi), Folliculitis nuchae sclerotisus (Ehrmann)**, von W. Schmidt und F. Wagner. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Juli.)

Die Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) beginnt mit einer akuten Entzündung der Haarfollikel. Man kann bei dieser Folliculitis sclerotisus nuchae vier Stadien unterscheiden: 1. Folliculitis, 2. Plasmobildung, 3. Bindegewebsneubildung, 4. Endstadium (Keloidbildung). Immerwahr-Berlin.

- 8) **Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Zur Pathogenese der Onycholysis**, von J. Heller. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Juli.)

Der Fall des Verf.'s ist geeignet, die Beziehungen der Onycholysis partialis et totalis zu der Angioneurose, die wir als Frost zu bezeichnen gewohnt sind, darzutun. Insbesondere ist die seit Jahren beobachtete Koinzidenz von Frost und Nagellösung im Winter, die Heilung beider Symptome im Sommer pathogenetisch wichtig. Die Feststellung des Zusammenhangs der Nagelerkrankung mit angioneurotischen Prozessen hat ein über das Kasuistische hinausgehendes heuristisches Interesse. Immerwahr-Berlin.

- 9) **Zur Therapie der Alopecia seborrhoica und über vorbeugende Haarpflege mit Sapalkolpräparaten**, von Th. Mayer. (Med. Klinik. 1912. Nr. 33.)

In bequemer Weise läßt sich die seborrhoische Alopecie mittels der Sapalkolpräparate behandeln, indem abends nach massierenden Prozeduren eine trockene Einreibung des Haarbodens mit Schwefel-, Teer-, Naphthol-, Afridol- oder Resorzinsapalkol erfolgt, während morgens der in der Kopfhaut verbliebene Rest des Medikamentes mittels Wassers abgeschäumt wird, worauf gegebenenfalls ein Haarspirituss auf die Kopfhaut appliziert werden kann. Prophylaktisch ist für die Haarpflege ein 5%iger Liq. carbonis deterg. = Sapalkol zu empfehlen. Biberstein-Gleiwitz.

- 10) **Die Behandlung der Ulcera cruris mit der Quarzlampe**, von Braendle. (Med. Klinik. 1912. Nr. 31.)

Die Wirkung des Quarzlichtes beruht auf der durch die langdauernde

Hyperämie erzeugten Steigerung des Stoffwechsels. Unter der Einwirkung der Quarzlampe, insbesondere der Nagelschmidtschen Bestrahlungslampe, bei der außer den chemisch wirksamen Strahlen noch die Wärmewirkung in Betracht kommt, läßt sich in einer Anzahl von Ulzationen, besonders bei den *Ulcera cruris*, eine schnelle intensive Epithelbildung erzeugen. In den Fällen, in denen die anfangs schnelle Epithelbildung sistiert, sind Transplantationen zu Hilfe zu nehmen; das gilt besonders von den in Narbengewebe eingebetteten *Ulcera*. In der Zwischenzeit zwischen den einzelnen Bestrahlungen sind Dermatol- oder Zinkpasten anzuwenden.

Biberstein-Gleiwitz.

- 11) **Über den Fettgehalt der Epidermiszellen bei der Parakeratose**, von A. Cedercreutz. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXI. 1912. H. 3.)

Bei parakeratotischen Zuständen der Haut (*Condyloma acuminatum* und *Ekzema seborrhoic. psoriatisforme*) findet man histologisch feine Fetttropfchen in den oberflächlichen Zellen der parakeratotischen Epithelien im Gegensatz zu dem Verhalten in der normalen Haut. Zusammen mit den interzellulär oder perinukleär angeordneten Fetttropfchen im *Stratum Malpighii* geben diese Fetttropfchen den Effloreszenzen des *Ekzema seborrhoic.* ihr gelblich-fettiges Aussehen.

Lilienstein-Berlin.

Zirkulationsstörungen der Haut.

- 12) **Drei Fälle von Bromoderma tuberosum vegetans aut papillomatosum (Exanthemata ex usu Bromi)**, von W. M. Kudisch. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. August.)

Es handelte sich um drei epileptische Kranke, bei denen nach Gebrauch von Brompräparaten Eruptionen in den Unterextremitäten auftraten.

Immerwahr-Berlin.

- 13) **Die Histologie der Urticaria perstans papulosa**, von Fr. v. Krzysztulowicz. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 30)

Fall eines 21jährigen Mannes, bei welchem sich die klinischen Symptome durch das mikroskopische Bild erklären. An Brust, Bauch und Rücken finden sich rötlichbraune Papeln und Flecke. Diese Braunfärbung wird durch Anhäufen des Pigments in dem Epithel bedingt und die Pappel wird durch Mastzellentumor hervorgerufen. Die Oberfläche der einen Knötchen ist glatt, im histologischen Bilde wird das Epithel über dem Tumor leicht gespannt, die Papillengrenze erscheint wellig; in anderen Papeln, deren Oberfläche gefaltet ist, sieht man deutliche Blasen unter dem Epithel oberhalb der Papillen oder kleine mikroskopische Bläschen im Epithel selbst.

Schourp-Danzig.

- 14) **Eine Purpuraepidemie**, von A. Ernst. (Med. Klinik. 1912. Nr. 31.)

Die Betrachtungen an dem reichen Material des Verf.'s berechtigten ihn, von einer Purpuraepidemie zu sprechen und eine infektiöse Ätiologie als zweifellos anzunehmen.

Biberstein-Gleiwitz.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 15) **Traitement de l'hypertrichose chez la femme par l'acetate de thallium**, par Sabouraud. (La Clinique. 1912. Nr. 7.)

Verf. zieht das Thallium-Azetat unter allen gegen die Hypertrichosis bei der Frau, besonders gegen den so unvorteilhaft und oft so früh die Lippen oder die Wangen junger, brünetter Mädchen bedeckenden Flaum, empfohlenen

Mitteln vor. Zu toxisch, um bei der Epilation größerer Bezirke angewendet zu werden, findet es gerade besondere Indikationen bei dem Lippen- und Wangenflaum. Die Formel des Crèmes lautet: Thall. acet. 0,3, Zinc. oxydat. 2,5, Vaseline, Lanolin, Aq. rosar. aa 5,0. Die allabendliche Applikation eines erbsengroßen Stückes auf den Lippen- oder Wangenflaum mache diesen regelmäßig in 18 Monaten um die Hälfte kleiner und dünner. Die Erfahrung des Verf.'s erstreckt sich auch auf andere Fälle, auf die Oberlippen reifer Frauen, deren Flaum schon mehr ein Schnurrbart war, die keine Elektrolyse machen lassen konnten und vor Depilatorien angst hatten. Auch hier wurden die schon 1 cm laugen Haare um die Hälfte kleiner. Ein gänzlich Verschwinden wurde mit dem Mittel nicht erreicht. Aber alle, welche die Anwendung regelmäßig fortsetzten, haben selbst die Wirkung bestätigt gefunden und ihre Ansicht war einstimmig und kategorisch: diese Wirkung ist langsam und schwach, aber progressiv und sicher.

H. Netter-Pforzheim.

- 16) **Über den Fettgehalt des Epithels seborrhöischer Warzen**, von A. Cedercrutz. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXI. 1912. H. 3.)

In mit Scharlachrot gefärbten Schnitten von seborrhöischen Warzen konnte in den tieferen Schichten der Epidermis eine eigentümliche Fettinfiltration nachgewiesen werden, die schon von Pollitzer 1890 an mit Osmiumsäure behandelten Präparaten beobachtet worden war.

Lilienstein-Berlin.

- 17) **Leucoplasie et kraurosis vulvae**, par Jayle. (Bull. Soc. de l'Internat. des hôp. de Paris 1912.)

Vorstellung eines Falles von hochgradiger, alter Kraurosis vulvae, die neuerdings durch Leukoplasie kompliziert wurde. Es handelt sich um eine große, starke, obese Fünfzigerin, die vor 20 Jahren eine doppelseitige Ovariectomie überstand. Im Anschluß an die Kastration hatten sich die trophischen Veränderungen an der Vulva entwickelt, die zur Kraurosis vulvae führen. Seit einigen Monaten heftiger Pruritus vulvae. Die Untersuchung ergibt eine zur postoperativen Kraurosis hinzugekommene Leukoplasie der Vulva. Im Anschluß an diesen Fall, den man als leukoplastische Kraurosis oder als eine durch Leukoplasie komplizierte Kraurosis bezeichnen kann, betont Verf. die Notwendigkeit einer scharfen Unterscheidung zwischen der von der vulvovestibulären Sklerose der Haut ausgehenden Kraurosis und der ganz wesentlich durch Epidermisveränderungen charakterisierten Leukoplasie. Wie in der Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle von genitaler Leukoplasie, waren auch hier keine syphilitischen Antezedentien nachweisbar, Wassermann-Reaktion negativ.

H. Netter-Pforzheim.

- 18) **Lymphadénome de l'amygdale, simulant un chancre syphilitique chez un enfant de 7½ ans**, par J. Renault et A. Cain. (Bull. Soc. fr. de Dermat. 1912. Nr. 4.)

Sitz des hypothetischen Schankers war die rechte, enorm vergrößerte Mandel, die den ganzen Rachenraum verlegt hatte, daß ein schwerer Inanitionszustand eingetreten war. Spirochätenbefund negativ. Keine Besserung nach 8 Injektionen von Hg-Zyanür. Ohne erkennbare Ursache eines Abends plötzlicher Erstickungsanfall, der in einigen Minuten den Tod herbeiführte. Keine Autopsie, jedoch histologische Untersuchung eines Tumorstückchens, typisches, im Stroma der Mandel entwickeltes Lymphadenom, von äußerster Aktivität nach der großen Zahl von Karyokinesen. Wegen des kachektischen Zustandes keine Salvarsanbehandlung.

H. Netter-Pforzheim.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 19) **Beitrag zum Studium der Scleroderma circumscripta**, von Vignolo-Lutati. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Juli.)

Mitteilung eines einschlägigen Falles mit ausführlicher Berücksichtigung der Literatur. Immerwahr-Berlin.

- 20) **Lupus érythémateux des paupières. Traitement par l'acide carbonique naigeux**, par J. Chaillous. (Clinique ophthalmologique. 1912. 4. Juni.)

An der 32 jährigen Frau, die über sehr lebhaftes Jucken in den Lidern und über exzessive Photophobie klagte, ergab die Untersuchung eine rötlich-violette Färbung der beiden Unterlider in ihrem ganzen tarsalen Teil. In ihrem ganzen erythematösen Bezirk erschienen die Lider leicht verdickt, die dünne Epidermis von äußerst feinen Schuppen bedeckt. Mit der Lupe war eine Hyperkeratose der Follikelöffnungen und ein Netz sehr feiner und zahlreicher oberflächlicher Gefäße erkennbar. Von Skarifikationen, die einige Jahre zuvor wegen Lupus erythematodes der Wangen gemacht worden waren, trug die Kranke noch Narben gleicher Art am Ohrensaum. Thibierge hielt die neue Affektion für einen Lupus erythematodes der Lider. Unter dem Einfluß der Behandlung mit Kohlensäureschnee ging der Prozeß am linken Lid fast vollständig zurück, das wieder ein fast normales Aussehen bekam. Die Lokalisation des Lupus erythematodes an den Lidern darf als eine außergewöhnliche bezeichnet werden. H. Netter-Pforzheim.

Neuritische Dermatosen.

- 21) **Traumatische Alopecie und Vitiligo**, von Chajes. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIII. 1912.)

Die von Sabouraud vertretene parasitäre Theorie der Ätiologie der Alopecie erfreut sich bis jetzt nur geringer Anerkennung. Viel überzeugender ist die sich auf experimentelle Untersuchungen Josephs und Kösters stützende Anschauung der nervösen Ursache der Alopecie, die auch durch klinische Beobachtungen, z. B. Auftreten von Alopecie bei allgemeinen nervösen Erkrankungen, wie Tabes, Hemikranie usw., eine Bestätigung findet. Eine dritte Gruppe von Alopecien wird durch Traumen (Kopfverletzungen, Hirnläsionen) ausgelöst. Verf. zitiert nun zwei von ihm beobachtete Fälle, in denen am Orte der Verletzung der Haarausfall, in einem Fall mit Vitiligo kombiniert, kurze Zeit nach stattgehabtem Trauma eintrat. Er erklärt die Erscheinung damit, daß durch das Trauma Läsionen der betreffenden Hautnerven geschaffen werden, die zu trophischen Störungen in dem von ihnen versorgten Gebiete führen, schließt sich also auch der „trophoneurotischen Hypothese der Entstehung der Alopecia areata“ an. Lilienstein-Berlin.

- 22) **Pseudopelade chez un enfant**, par Dubois. (Revue médicale de la Suisse romande. 1912. Nr. 5.)

Die Affektion, häufiger beim Mann als bei der Frau, ist exzeptionell beim Kind. Hier ist es ein 12 jähriges. Wann sie bei demselben begonnen hat, ist schwer festzustellen, jedenfalls liegt der Beginn mehrere Jahre zurück, wie denn die Entwicklung der Regel nach äußerst langsam ist, in Schüben sich vollzieht, die von unbekannten Ursachen abhängig sind. Das Interesse des Falles liegt zunächst in seiner Seltenheit für die Schweiz, dann besonders in der Differentialdiagnose mit den Affektionen, welche das Kind aus der Schule ausschließen könnten und vom Verf. denn auch in ihren unterscheidenden

Merkmalen skizziert werden (Favus, „Pélade vraie“, Akne decalvans Lailler, Lupus erythematodes des behaarten Kopfes). Hinweis auf die undankbare und schwierige Behandlung. Antiseptische Waschungen und Pomaden scheinen das Leiden zu beschränken, das übrigens spontan zurückgehen kann.

H. Netter-Pforzheim.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 23) **Lymphatische Leukämie mit Hauttumoren**, von Fimmer. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. August.)

Der Fall bot das typische Bild der lymphatischen Leukämie mit Hauttumoren, absolute und relative Vermehrung der Lymphozyten. Durch die täglich vorgenommenen Röntgen-Bestrahlungen wurden die Tumoren sehr gut beeinflusst.

Immerwahr-Berlin.

- 24) **Di alcuni reperti istologici in casi di lupus vulgaris trattati con la nerve di acido carbonico**, per G. Giuliani. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Kohlensäure ruft bei ihrer Verwendung auf lupösem Gewebe eine Nekrose des Epithels und ein hämorrhagisches Ödem in der Kutis hervor. 96 Stunden nach der Applikation beginnen bereits die Regenerationerscheinungen. Die Zerstörung der Tuberkelknoten geht durch Zerstörung der Zellen, Invasion polynukleärer Zellen und Ausbildung eines jungen Bindegewebes vor sich. Letzterer Vorgang überwiegt bei den tief gelagerten Knötchen. Die elastischen Fasern bilden sich zuerst in der Tiefe, später auch in den Papillen neu und bedingen die Schönheit und Glätte der Narbe. Die Wirkung der Kohlensäure ist eine langsamere und oberflächlichere als die des Finsenapparats.

Dreyer-Cöln.

Gonorrhoe.

- 25) **Praktische Erfolge in der Gonorrhoeotherapie mit der Michaelisschen Gonokokkenvakzine**, von A. Hallöds. (Allg. med. Centralzeitung. 1912. Nr. 33.)

Es wurden 1—8 Teilstriche einer Pravaz-Spritze (à 5 Millionen Gonokokken) subkutan in die Unterbauchgegend gemacht und nicht vor dem 6. Tage wiederholt. Irgendwelche nennenswerten Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. In 2 Fällen von schwerem gonorrhöischen Rheumatismus und bei einer Gonorrhoea rectalis wurde eine anhaltende Heilung konstatiert. J.

- 26) **Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzin**, von F. Hagen. (Med. Klinik. 1912. Nr. 7.)

Die Vakzinetherapie liefert in geeigneten Fällen von gonorrhöischer Epididymitis ohne gleichzeitig bestehende Funikulitis, wenn sie erst auf der Höhe der Nebenhodenentzündung einsetzt, gute Resultate, insbesondere eine schnellere Rückbildung des Nebenhodentumors. Rezidive sind aber nicht ausgeschlossen. Die Vakzinebehandlung ist ferner angebracht bei Entzündungsgeschwülsten der Prostata und der Samenblasen und abgeschlossenen, durch Gonokokken verursachten Herden, dagegen unwirksam bei Urethritis gonorrhoeica, parenchymatöser Prostatitis, katarrhalischer Prostatitis und Spermatozystitis.

Biberstein-Gleiwitz.

- 27) **Über die Verwendung des Chokolins bei der Therapie der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen**, von P. Mulzer. (Med. Klinik. 1912. Nr. 34.)

Zur Regelung des Stuhlganges bei starker, während gewisser Kompli-

kationen der Gonorrhoe auftretender Obstipation und zur Hebung des meist dabei reduzierten Ernährungszustandes hat sich das Chokolin, eine Kombination eines milden Abführmittels mit einem Nährpräparat befriedigend bewährt.

Biberstein-Gleiwitz.

- 28) **Beiträge zur Klinik der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen**, von Ed. Arning. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIII. 1912.)

Verf. hat die Empfindung, daß der akute Tripper bei seiner ersten Invasion des Organismus einen weniger stürmischen und mit weniger Schmerzen einhergehenden Verlauf nimmt als früher. Ferner hat er bei der gonorrhoeischen Erkrankung der weiblichen Adnexe und des Beckenbindegewebes einen eigentümlichen Fieberverlauf festgestellt, der so charakteristisch ist, daß aus der Kurvenform allein die Diagnose einer gonorrhoeischen Beckenaffektion gestellt werden kann. Es zeigt sich dabei nämlich eine regelmäßig nach mehrtägigem Intervall auftretende Fieberzacke, so daß dadurch das Fieber dem Tertian- oder Quartantyp der Malaria ähnlich wird. Zum Schlusse gibt Verf. einen bemerkenswerten therapeutischen Wink. Zur Behandlung gonorrhoeischer Arthritiden empfiehlt er das Atophan in Dosen von 3,0 pro die, mit dem er in 11 Fällen in kürzester Zeit die denkbar günstigsten Resultate erzielt hat.

Lilienstein-Berlin.

Syphilis.

- 29) **Zur Kenntnis der Hirnswellungserscheinungen während der Syphilisbehandlung**, von F. Pinkus. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. August.)

Die Fälle von Enzephalitis (Hirnschwellung) nach Salvarsaninfusionen sind Reaktionserscheinungen syphilitischer Stoffe, durch den Anstoß des stark wirkenden Mittels angeregt. Sie sind nicht die Folge einer Vergiftung mit Salvarsan, oder mit einem der Abbauprodukte dieses Mittels. Sie sind nicht der Herxheimerschen Reaktion zuzurechnen; ihre Erscheinung mehrere Tage nach der Infusion erklärt sich daraus, daß nicht das Ödem und die Hyperämie selbst klinische Zeichen hervorbringen, sondern erst die allmählich eintretende Schädigung der Nervenfasern und Ganglienzellen. Immerwahr-Berlin.

- 30) **Ein Fall von akuter Nephritis haemorrhagica bei intravenöser Salvarsaninjektion**, von K. Justi. (Therapeut. Monatshefte. 1912. Nr. 4.)

Während der Infusion bekam der Patient, ein junger Seemann, einen epileptiformen Anfall. Die Infusion wurde, nachdem $\frac{1}{10}$ der 0,6 g Salvarsan enthaltenden Lösung eingelaufen war, abgebrochen; die folgende, hochgradige, akute Nephritis ging schnell in Heilung über und ist wohl auf eine Idiosynkrasie zurückzuführen.

Schourp-Danzig.

- 31) **Zur pyrogenen Komponente intravenöser Salvarsaninjektionen**, von G. Nobl und S. Peller. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 31.)

Aus den Beobachtungen an 152 Fällen gelangen die Verf. zu der Annahme, daß die minimalen Keimbeimengungen frisch bereiteter Destillate auf die febrile Reaktion keinerlei Einfluß haben und dieses Phänomen sowohl vom Salzgehalt als auch von dem Quantum der Infusionslösung völlig unabhängig ist. An dem Temperaturanstieg nach intravenösen Salvarsaninjektionen scheint vielmehr neben einer wesentlich mitwirkenden unmittelbar toxischen Komponente der Verbindung vorzüglich ihr die Resorption der spezifischen Plasmonen förderndes Vermögen beteiligt zu sein. Hierbei ergibt sich zwischen Syphilisphase, Salvarsandosis und individuellem Reaktionsvermögen ein in gewissen Grenzen schwankendes Wechselverhältnis.

Schourp-Danzig.

- 32) **Zur Frage der sauren oder alkalischen Salvarsanlösung**, von Struve. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 32.)

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß die saure Salvarsanlösung in ihrer Wirkung in keiner einzigen Hinsicht der alkalischen Lösung überlegen ist.

Schourp-Danzig.

- 33) **Über Neosalvarsan**, von A. J. Grünfeld. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 25.)

Als Vorzüge des Neosalvarsans hebt Verf. die leichte Lösbarkeit und die verhältnismäßig geringeren Nebenerscheinungen, die größere Mengen des Präparats anzuwenden erlauben.

Schourp-Danzig.

- 34) **Über intralumbale Injektion von Neosalvarsan**, von W. Wechselmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 31.)

Verf. behandelt Fälle von Paralyse mit intralumbaler Injektion von 4—7 ccm einer Lösung von 0,15:100 Neosalvarsan. Die Injektionen wurden ohne die geringste Reaktion vertragen. Der Zustand der Kranken wurde gebessert.

Schourp-Danzig.

- 35) **Über Neosalvarsan. Lokalbehandlung der generalisierten Syphilis und generalisierten Framboesia bei Kaninchen**, von G. Castelli. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 32.)

Verf. zeigt durch seine Untersuchungen, daß zahlreiche und häufige Einträufelungen von Neosalvarsan in den Konjunktivalsack des Kaninchens in einer Verdünnung von 2,5% weder lokale Reizerscheinungen, noch allgemeine Störungen hervorrufen. Neosalvarsan übt eine heilende Wirkung auf die Prozesse von Keratitis specifica aus, die beim Kaninchen infolge einer Injektion in den Blutkreislauf mit syphilitischem oder frambötischem Material auftreten. Die Wirkung des Neosalvarsans, das in den Konjunktivalsack eingeträufelt wird, beschränkt sich nicht auf das Gewebe, mit welchem es in Berührung kommt, sondern wirkt auch bei den Fällen von Keratitis bilateralis auf die Affektion der anderen Seite, und auch in Fällen von generalisierter Frambösie auf die fernstehenden Erscheinungen.

Schourp-Danzig.

- 36) **Mikroskopische Beobachtungen am lebenden Tier über die Wirkung des Salvarsans und des Neosalvarsans auf die Blutströmung**, von G. Ricker und W. Knape. (Med. Klinik. 1912. Nr. 31.)

Aus den sorgfältigen Versuchsreihen der Verff. ergibt sich, daß sowohl das Salvarsan wie das Neosalvarsan eine Reizwirkung auf die Gefäßnerven ausüben, die sich in Verengung und Erweiterung der Strombahn, in Stromverlangsamung und der Erzeugung von Stase und Hämorrhagie äußert. Die letztere Wirkung zeigt sich besonders an einem durch andere Reize in einen abnormen Zustand versetzten Stromgebiet, insbesondere da, wo sich das Nervensystem der Blutbahn wie bei der Syphilis und Metasyphilis in einem Zustand herabgesetzter Erregbarkeit befindet. Diese festgestellten Eigentümlichkeiten des Salvarsans lassen sich auch zur Aufklärung der Herxheimerschen Reaktion und der von Hirnnervenschädigung abhängigen Störungen heranziehen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 37) **Beiträge zur Salvarsanbehandlung der Syphilis**, von A. Haččius. (Med. Klinik. 1912. Nr. 33.)

Von 220 lediglich mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelten Fällen wiesen 90% bei der länger als 4 Monate nach der Behandlung vorgenommenen Nachuntersuchung keine Rezidive, 60—70% einen negativen Wassermann auf. In der Regel wurde 0,4 g Salvarsan in nur 40 ccm Wasser

gelöst mittels Rekordspritze injiziert und die Injektion mit gleicher Dosis nach kurzer Zeit wiederholt. In denjenigen Fällen, in denen durch Salvarsan allein dieluetischen Erscheinungen nicht verschwanden, wurde Quecksilber zu Hilfe genommen. Die besten Erfolge zeitigte die reine Salvarsanbehandlung im Frühstadium. Einige günstige Erfahrungen wurden auch mit der Salvarsanbehandlung der Tabes gemacht.

Biberstein-Gleiwitz.

38) **Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan**, von Joh. Fabry. (Med. Klinik. 1912. Nr. 34.)

Im Gegensatz zu den Berichten über ungünstige Nebenwirkungen des Neosalvarsans bezeichnet Verf. die Kombination von Salvarsan und Quecksilber als die zweckmäßigste Behandlungsmethode für die primäre und sekundäre Syphilis, die Kombination des Präparates mit Joddarreichung für die tertiäre Syphilis. Die Dosen sind weit kleiner und die Pausen zwischen den Einzelinjektionen des Neosalvarsans größer zu nehmen als in den bisher mit ungünstigen Erscheinungen verlaufenen Fällen.

Biberstein-Gleiwitz.

39) **Neosalvarsan**, par Queyrat. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1912. 10. Mai.)

Verf. hat damit recht gute Resultate gehabt. Er verwendet Dosen, welche den von ihm empfohlenen Salvarsandosen entsprechen; diese korrespondierenden Dosen sind etwas größer: 45 cg Neosalvarsan entsprechen 30 cg Salvarsan. Bei Anwendung des neuen Präparates in wiederholten Dosen sah er die Spirochäten den Schankern wie nach der Anwendung des Salvarsans verschwinden. Die Erfahrungen von Jacquet und Sicard lauten ähnlich günstig, ersterer rühmt ihm recht leichte Reaktionen nach.

H. Netter-Pforzheim.

40) **Paraplégie à la suite d'une injection d'arsénobenzol chez une hérédosyphilitique atteinte de kératite parenchymateuse**, par Péchin. (Clinique ophtalmol. 1912. 4. Juni.)

Nach einer einmaligen intravenösen Injektion von 20 cg Salvarsan trat bei einem 15jährigen Kind eine vollständige schlaffe Paraplegie mit Verlust der Kniereflexe, mit Kernig- und Lasègueschen Zeichen, ohne Blasen- und Sensibilitätsstörungen ein. Das Mädchen, kongenital-syphilitisch, hatte eine Keratitis parenchymatosa. Die Paraplegie trat schon am 5. Tage post inject. auf und war fast sofort vollständig (apoplektiforme Paraplegie), ohne daß irgend ein Zeichen ihr vorausgegangen wäre. Für den Verf. ist das Salvarsan die Ursache.

H. Netter-Pforzheim.

41) **Zur Frage der Nebenwirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols**, von Lipsztat. (Med. i Kron. lek. 1911. H. 27.)

Die bei Anwendung des unlöslichen, intramuskulär 78 mal (bei 10 Patienten) eingespritzten Hg-salicyl. beobachteten Nebenerscheinungen den nach analoger Einführung des Salvarsans (55 Injektionen bei 32 Patienten) auftretenden entgegenstellend, gelangt Verf. zu nachstehenden Schlußfolgerungen: Die erste Behandlungsmethode verursacht ausgesprochene, obwohl unschädliche Nebenerscheinungen in 56% sämtlicher Fälle. Das Salvarsan rief fast bei allen Patienten Nebenerscheinungen hervor; die sind weder gefährlicher noch überhaupt ernsterer Natur und sind durch die Reaktion des Organismus auf die nach Zerstörung der Spirochäten durch Salvarsan entstandenen Toxine zu erklären. Nach Applikation dieses Mittels auf intramuskulärem Wege (Depot) treten die Nebenerscheinungen häufig ziemlich lange Zeit nach der Injektion auf: Folge erneuerter Resorption einer gewissen Depotmenge. In 66% der beobachteten Fälle sah Verf. nach der zweiten oder dritten Salvarsaneinspritzung

keine Nebenerscheinungen oder sie waren ganz unbedeutend. Die Erkrankung des Akustikus in 2 Fällen betrachtet Verf. für im Verlaufe der Krankheit nicht selten beobachtete Rezidive, nicht aber für Salvarsanintoxikation. Gegen Intoxikation spricht u. a. die Tatsache, daß bei Patienten, welche größere als die gewöhnlichen Dosen erhielten, derartige Schädigungen nicht beobachtet wurden und daß bei mit Hg Behandelten diese Nervenstörungen sogar in frischen Fällen auftreten.

Baschkopf-Krakau.

- 42) **Klinische und experimentell-psychologische Beobachtungen über mit dem Ehrlichschen Präparate behandelte Kranke**, von Agadzianauc und Strezniewskij. (Obozr. psych. i neurol. 1912. Nr. 11 u. 12.)

Die Beobachtungen der Verf. beziehen sich auf 8 Männer, welche mit progressiver Paralyse behaftet sind. Von diesen bestanden im Augenblicke des Beginns der Behandlung psychische Störungen seit einigen Monaten bei sechs, seit einem Jahre bei einem, seit 5 Jahren gleichfalls bei einem Patienten. Salvarsan wurde subkutan oder intravenös eingespritzt; in 4 Fällen zweimal, in den übrigen 4 Fällen einmal. Im allgemeinen hatte die Behandlung keinen ausgesprochenen Einfluß auf den Krankheitsverlauf. Es wurde keine ausgesprochene Wirkung weder auf den Zustand der somatischen Symptome, auf den allgemeinen geistigen Zustand, noch auf die einzelnen psychischen Funktionen beobachtet. Dagegen stieg das Körpergewicht bei der Mehrzahl der Kranken, der Ernährungszustand besserte sich. Die Wassermann-Reaktion blieb bei allen Kranken unverändert, andererseits bestätigten die psychologischen Beobachtungen der Verf. das Vorhandensein eines Parallelismus zwischen den klinischen Schwankungen der Krankheitserscheinungen und eben solchen Schwankungen der Tüchtigkeit psychischer Funktionen, was die Verf. als eine Tatsache betrachten, welche für unsere Anschauungen über psychophysische Fragen nicht ohne Bedeutung ist.

Baschkopf-Krakau.

- 43) **Beobachtungen über die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols**, von Watraszewski. (Med. i Kron. Lekarska. 1911. H. 1.)

In einem im Warschauer medizinischen Verein gehaltenen Vortrage berichtete Verf. über seine an 100 Patienten gemachten Erfahrungen bezüglich der Wirkung des Salvarsans auf dieluetischen Erscheinungen selbst, auf den Organismus und Allgemeinzustand, endlich bezüglich der Reaktion und örtlicher Veränderungen. Was die Symptome in einzelnen Krankheitsstadien anbelangt, sah Verf. vorwiegend gute Erfolge in bezug auf Vernarbung der Geschwüre und Verkleinerung der Lymphdrüsen im ersten Stadium, inwiefern diese Geschwüre noch nicht geheilt waren. Bei bereits verheilten Geschwüren sah er eine Veränderung in der Konsistenz und Ausdehnung und sogar in einigen Fällen vollkommene Resorption lokaler Verhärtungen. Bei Lues II benigna waren die Unterschiede der individuellen Wirkung bedeutend und war der Einfluß im Vergleich mit der Wirkung in anderen Formen ein langsamerer. Bei Lues tarda gummosa und ulcerosa waren die Erfolge direkt staunenerregend, weil sämtlich sicher und prompt in allen 33 Fällen dieses Stadiums. Dasselbe bezieht sich auch auf Lues maligna. Bei Lues des zentralen Nervensystems (Paralyse 14, Tabes 7 Fälle) waren die Resultate nur teilweise befriedigend; in frischen Fällen Milderung der Schmerzen. Wirksamer war die Behandlung bei Patienten mit Erscheinungen der Lues cerebialis oder cerebrospinalis. Was die progressive Paralyse anbetrifft, bezog sich der in einigen Fällen festgestellte Effekt ausschließlich auf jene, in welchen die Krankheit erst kurze Zeit dauerte. Resumierend behauptet Verf., daß in der Mehrzahl

der Fälle die Wirkung eine spezifische sei, der Allgemeinzustand günstig beeinflusst werde. Wo die Heilung langsam vor sich gehe oder Rezidive auftreten, dort wiederholt Verf. die Einspritzungen und empfiehlt die Verbindung derselben mit Hg-Einreibungen.

Baschkopf-Krakau.

44) **Über die physiologische Salvarsanwirkung**, von Czubalski. (Lwow. Tygodnik Lek. 1912. Nr. 35.)

Auf Grund zahlreicher, an Hunden durchgeführter Experimente behauptet Verf., daß Salvarsan eine das Zentralnervensystem lähmende Substanz sei. Diese Tatsache stimmt auch vollkommen und unterstützt die frühere Behauptung des Verf., daß die Herabsetzung des Blutdrucks nach Salvarsan infolge Lähmung der vasomotorischen Zentren erfolge. Salvarsan ist eine organische Verbindung, die einen äußerst giftigen Bestandteil: As, enthält. Es drängt sich daher die Frage auf, ob die toxische Wirkung des Salvarsans auf den Organismus nicht direkt von der Wirkung des in ihm enthaltenen As abhängt. Bei Einführung des Mittels unmittelbar in das Blut, und zwar in größerer Menge, können wir natürlich nur mit akuten Vergiftungserscheinungen zu tun haben. Die akute As-Vergiftung tritt in zwei Formen auf: 1. die nervöse Form: der Tod erfolgt infolge Lähmung des zentralen Nervensystems im Verlauf einiger (bis 10) Stunden; 2. die Darmform: hier tritt vor allem Lähmung der Gefäßwände im Darm und des Herzens ein. In diesem Falle erfolgt der Tod nach 12—18 Stunden. Die im Organismus des Hundes unter der Einwirkung des Salvarsans eintretenden Veränderungen unterscheiden sich somit nicht von den Symptomen akuter As-Vergiftung. Die einmalige therapeutische Dosis für den Menschen beträgt 0,5—0,6 g Salvarsan. Berechnet man das Körpergewicht des Menschen mit 60—70 kg, so erhält man beiläufig 0,09 g Salvarsan auf 1 kg des Körpergewichts. Es ist das nach des Verf.'s Erfahrungen eine unschädliche Dosis. Berücksichtigen wir jedoch die weitgehenden Veränderungen des Nerven- und Kreislaufsystems, welche der therapeutischen nahekommenden Dosen (0,01—0,02 g) verursachen, so ist größte Vorsicht bei Salvarsandarreichung direkt ins Blut, besonders bei ausgesprochenen Veränderungen in den Gefäßen und Nervensystem, angezeigt. Auch sollte man eine mehrmalige Wiederholung der Infusionen in kurzen Zeitunterbrechungen vermeiden, und zwar mit Rücksicht auf die Fähigkeit parenchymatöser Organe, As längere Zeit zurückzuhalten. Auch übermäßige As-Ansammlung im Organismus kann unter gewissen Bedingungen akute oder chronische As-Vergiftung verursachen. Endlich kann die Fähigkeit des Salvarsans, manche chemisch-physikale Eigenschaften des Blutes zu verändern, den Verlauf und Ausfall derartiger Reaktionen, wie der Wassermannschen, beeinflussen, deren Wesen eben auf gewissem spezifischem Verhalten des Serums des behandelten Organismus beruht.

Baschkopf-Krakau.

45) **Zur Intrakutanreaktion bei Syphilis**, von G. Nobl und K. Fuss. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 13.)

In Analogie des von Pirquet angegebenen diagnostischen Testverfahrens für Tuberkel suchte man schon frühzeitig auch für die Latenzstadien der Syphilis ein spezifisches Hautphänomen auszulösen. Es wurden zur Vakzination die verschiedensten wäßrigen, alkoholischen und Glycerinextrakte luetischer Produkte und Organe benutzt, ohne daß übereinstimmende Resultate von den Forschern gefunden wurden. Erst mit der Lösung des Problems der Reinzüchtung der *Spirochaeta pallida* scheint die Frage einer für die Praxis brauchbaren Syphilisreaktion erheblich gefördert. Noguchi benutzte zur Er-

forschung der Cutireaktion das Luetin, d. h. die in Aszitesagar gezüchtete und bei 60° abgetötete Spirochätenkultur. Während bei syphilitischen Kaninchen hiermit ausnahmslos positive Resultate erzielt wurden, verliefen die beim Menschen vorgenommenen Impfungen durchaus nicht eindeutig. Behandelte Fälle reagierten positiv, während primäre und sekundäre Fälle mit manifesten Erscheinungen, die nur leicht behandelt waren, keine Reaktion zeigten. Latente Zustände mit schwachem oder negativem Wassermann, ebenso tertiäre und hereditäre Fälle, auch wenn dieselben intensiv behandelt waren, hatten gewöhnlich eine positive Hautreaktion. Diese Befunde Noguchis konnten von den Verf. teilweise bestätigt werden. Besondere Bedeutung scheint der Probe für Diagnostik der Spätsyphilis zuzukommen, da bei manifester tertiärer Lues in 100%, in der Spätlatenz in 94% und bei der hereditären Erkrankung in 96% die Kutanreaktion eintrat. Das geringe Material von 100 beobachteten Fällen gestattet noch nicht, ein definitives Urteil über die Spezifität der Reaktion abzugeben.

Lilienstein-Berlin.

- 46) **Reinzüchtung der Syphilisspirochäten**, von J. Schereschewsky. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 28.)

Die Syphilisspirochäten wachsen auf koagulierte[m] Pferdeserum, wenn 5—6 Tage nach der Impfung einer Papel alles Wachstum oberhalb der Papel durch 70° Alkohol zerstört wird und die tiefer gedrunge[n]en Spirochäten, welche der Alkohol nicht erreicht, noch weitere 5 Tage bebrütet werden.

Schourp-Danzig.

- 47) **Über die Reinzüchtung der Spirochaete pallida**, von H. Nakano. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 28.)

In einem Filterkulturapparat erscheint 3—10 Tage nach der Impfung die Kultur der Spirochäte als grauweiße Kolonie, die erst punktförmig, dann sichelförmig und nachher halbrund aussieht. Die Kultur-Spirochaete pallida ist an Gestalt der aus dem kranken Gewebe sehr ähnlich. Die Überimpfung der gezüchteten Spirochäte auf Tiere ergab dem Verf. positives Resultat.

Schourp-Danzig.

- 48) **Über ein neues Verfahren zur Gewinnung des Blutserums**, von Y. Sakaguchi. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 28.)

Verf. bringt mittels eines beliebigen Verfahrens die genügende Blutmenge in ein Reagensglas und taucht dann ein vorher sterilisiertes gespaltenes, möglichst trockenes Holzstäbchen oder einen dünnen Metalldraht mit dem geknickten Ende ein. Nach der Gerinnung des Blutes — etwa nach einigen Stunden — werden die Blutkuchen am Holzstäbchen oder an dem Metalldrahte sich anhängen; man kann dann das Blutgerinnsel ohne weiteres mit dem Stäbchen oder dem Draht entfernen und es wird ganz klares Serum im Reagensglas zurückbleiben. Man muß nur darauf achten, daß das Stäbchen nicht vor dem Gerinnen des Blutes herausgenommen wird; sonst ist das gewünschte Serum zu trübe.

Schourp-Danzig.

- 49) **Die Bedeutung der paradoxen Sera bei der Wassermann-Reaktion**, von Meirowsky. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 27.)

Es gibt Sera mit konstant positiver Reaktion; es sind dieses die Sera mit einem hohen Gehalt an Syphilisstoffen. Es gibt Sera mit einem geringen Gehalt an Reaktionsstoffen; sie stellen das Hauptkontingent der paradoxen Sera. Bei ihnen ist der Ausfall der Reaktion von der mehr oder weniger günstigen Versuchsanordnung abhängig. Für die Praxis ergibt sich daraus die Regel, Sera bei latenter Lues, bei behandelter und zweifelhafter Lues

nicht nur mit verschiedenen Extrakten, sondern überhaupt wiederholt in verschiedenen Versuchsreihen zu prüfen.

Schourp-Danzig.

- 50) **Syphilis und Schrumpfniere**, von C. Hirsch. (Med. Klinik. 1912. Nr. 28.)

Klinische Beobachtungen führten Verf. zu der Ansicht, daß sich nicht bloß sekundär aus einer syphilitischen Nephritis eine Schrumpfniere entwickelt, sondern daß man auch in der Niere syphilitische Späterkrankungen analog den nachsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems anzunehmen hat.

Biberstein-Gleiwitz.

- 51) **Über die Verimpfbarkeit des Ulcus venereum auf die Hornhaut**, von A. Fontana. (Centralbl. f. Bakteriologie. LVII. H. 5.)

Von 25 Kanincheninokulationen gelangen 7. Die Hauptreaktion entsteht am 4. Tag post inoculationem: Geschwürcchen auf der total getrübbten Hornhaut, eiteriger Konjunktivalkatarh. Es gelang Verf. die Übertragung des Virus von Mensch auf Tier und weiter auf Mensch und wieder auf Tier. Der Unna-Ducreyse Streptobazillus war stets nachweisbar.

Pürckhauer-Dresden.

- 52) **Tardive syphilitische erosive Papeln an den Genitalien eines Weibes, fast 24 Jahre nach der Infektion (+ Spirochaete pallida, + Wassermann)**, von L. Nielsen. Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 3.)

Kasuistik.

Schourp-Danzig.

- 53) **Eine Schnellfärbungsmethode der Spirochaete pallida im Gewebe**, von H. Nakano. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 9.)

Das Spirochäten enthaltende Gewebe wird 10—30 Minuten in 10 %ige Formalinlösung gebracht, in dicke Scheiben geschnitten, die 3—5 Stunden in 95 %igem Alkohol liegen müssen. Die dünnen Stücke werden für 10 Minuten in fließendes Wasser gebracht, dann in 1,5 %ige Argentum nitricum-Lösung gelegt und 4—5 Stunden in eine Temperatur von 50° C gebracht. Nachher werden die Gewebe in Pyrogallus-Formalinlösung (Pyrogallussäure 3,0 g 10 %ige Formalinlösung 5,0 g Aqu. destillata 100,0 g) gebracht und wieder in einer Temperatur von 50° C 4—5 Stunden belassen. Danach werden die Gewebe in 95 %igem Alkohol, absolutem Alkohol und Xylol und dann in Paraffin eingebettet.

Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 54) **Weitere Beiträge zur Kenntnis der Prostatakörner**, von E. Björling. (Zeitschrift f. Urologie. 1912. H. 1.)

Man muß drei Hauptarten von Prostatakörnern unterscheiden: hyaline, granulierten und Lipoidprostatakörner; die beiden ersten Arten sind in absolutem Alkohol nicht merklich lösbar, die letzten dagegen in Alkohol, Äther und Azeton. Nach den neuesten Untersuchungen des Verf.'s an Schnittflächen finden sich in der normalen Prostata reichlich hyaline Körner, die jedenfalls von Epithelien herkommen, dagegen keine granulierten. Die Lipoidkörner entstehen in den Drüsenzellen und werden von Leukozyten ins Sekret getragen; diese letzteren zerfallen, so daß dann die Lipoidkörner frei werden. Die granulierten Körner scheinen Zerfallsprodukte von Leukozyten zu sein. Einen ähnlichen Einfluß wie das Prostatasekret hat auch der Urin auf die Leukozyten, derart, daß kugelförmige Bildungen aus ihnen hervortreten. Da man bei Schnittpräparaten der normalen Prostata fast keine Leukozyten findet, wohl aber im exprimierten Sekret normaler Drüsen, so ist wohl anzunehmen,

daß das physiologische Sekret anders ist als das herausmassierte. Man muß annehmen, daß infolge des Reizes der Massage eine reichliche Auswanderung von Leukozyten erfolgt, und durch deren Zerfall die granulierten Prostata-körner entstehen.

Walter Schneider-Königsberg.

- 55) **Über die Antisepsis der Harnwege**, von E. Remete. (Pester med.-chirurg. Presse. 1912. Nr. 10 u. 11.)

Verf. berichtet über die Wirkungsweise eines neuen internen Harn-desinfektionsmittels, das aus den beiden Harnantiseptics, der Kampfersäure und dem Hexametylentetramin, aufgebaut ist und von den Höchster Farbwerken unter dem Namen „Amphotropin“ in den Handel gebracht wird. Es kommt in Dosen von 0,5—0,7 g bei den verschiedensten Infektionen des Harnapparates zur Anwendung, ist jedoch bei akuter Zystitis und beginnender Tuberkulose wegen Vermehrung des Harndranges kontraindiziert. Aus den Beobachtungen geht hervor, daß das Präparat bezüglich des therapeutischen Effektes alle bisherigen Harnantiseptica übertrifft.

Lilienstein-Berlin.

- 56) **Bericht über die Tätigkeit der an die chirurgische Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke in der Zeit vom 1. Juni 1911 bis 31. Mai 1912**, von Adrian. (Straßburger med. Zeitung. 1912. H. 7.)

Die Poliklinik wurde von 355 Patienten im Laufe des Berichtsjahres frequentiert. Die einzelnen Erkrankungen werden je nach ihrer Lokalisation im Urogenitalgebiet in einer sorgfältigen Aufstellung registriert. Im Anschluß an diese statistischen Mitteilungen nimmt Verf. zu einigen strittigen Fragen aus dem Gebiete der Urologie Stellung und liefert an der Hand seines Materials Beiträge zur Diagnose der imkompletten Harnleiter-Scheidenfistel, erörtert dann die Frage der Reflexanurie, zu deren Klärung er interessante experimentelle Untersuchungen an Hunden angestellt hat. Es folgt dann ein Bericht über einen Fall von primärem Nierenechinococcus und eine Inhaltsangabe der im Laufe des Berichtsjahres aus der Freisprechstunde hervorgegangenen sechs Arbeiten.

Lilienstein-Berlin.

- 57) **Das Wesen der Prostatahypertrophie und deren Therapie**, von W. Karo. (Med. Klinik. 1912. Nr. 18.)

Für die Beobachtung von Störungen der Harnentleerung ohne anatomische Veränderung der Prostata liefert die Lehre von der inneren Sekretion die Erklärung. Es ist anzunehmen, daß die Innervation der Blasenmuskulatur unter dem aktivierenden Einflusse eines inneren Prostatasekrets steht. Die Fälle von Prostatahypertrophie sind einzuteilen in solche mit wirklicher Tumorenbildung und solche ohne anatomische Veränderungen mit Störungen ihrer inneren Sekretion: Prostatismus. Für den letzteren ist eine spezifische konservative Therapie indiziert. Hierfür hat sich dem Verf. in 13 Fällen das Testikulin in intramuskulären Injektionen erfolgreich gezeigt. Fälle wirklicher Hypertrophie fallen der Operation anheim. Als Operation der Wahl gilt die suprapubische Prostatektomie. Zur momentanen Beseitigung der quälenden Beschwerden dient der aseptische Katheterismus mittels eines Nélatons oder Merciers. Komplette Retention wird, wenn auf urethralem Wege nicht möglich, durch suprapubische Punktion beseitigt. Erhebliche inkomplette Retention mit größerem Residualharn erfordert den Dauerkatheter. Letzterer wirkt auch günstig in der Bekämpfung akuter Retentionen. Als gleichzeitig zu verabreichendes inneres Antiseptikum empfiehlt Verf. seine Buccosperinkapseln.

Biberstein-Gleiwitz.

III. Bibliographie.

Die Krankheiten des Mundes, von weil. J. v. Mikulicz und W. Kümmel. Dritte Auflage neu bearbeitet von W. Kümmel. Mit Beiträgen von A. Czerny und J. Schaeffer. (Jena, Gustav Fischer, 1912. 320 S.) — Es ist unnötig, das allbekannte, glänzend geschriebene und ausgezeichnet illustrierte Lehrbuch über die Krankheiten des Mundes noch besonders lobend hervorheben zu wollen. Tausende haben bereits aus den beiden ersten Auflagen Rat und Belehrung gesucht und gefunden und ein Interesse für ein Gebiet erhalten, in das sich die verschiedensten Disziplinen teilten, das aber wohl nirgends im Zusammenhang eine derartige Bearbeitung gefunden hat. Die nach dem Tode J. v. Mikulicz von W. Kümmel allein bearbeitete dritte Auflage hat entsprechend den Fortschritten in der Medizin erhebliche Umgestaltungen und viele Zusätze gefunden, behält aber doch im wesentlichen den alten erprobten Charakter, so daß wir in ihr einen guten alten Freund in modernem Gewande sehen. Im allgemeinen Teil wird neben den anatomischen Vorbemerkungen, unter denen das so wichtige Lymphgebiet des Halses und Kopfes trefflich illustriert und übersichtlich beschrieben ist, die Bedeutung der Mundhöhle als Infektionspforte und als Ausgangspunkt für die Weiterverbreitung von Krankheitskeimen nach außen hin scharf betont. Darin liegt m. E. ein nicht hoch genug zu schätzendes Verdienst, da das Verständnis für die gesamten Mundkrankheiten nur aus der Kenntnis und Würdigung dieser Momente heraus erworben werden kann. So erklären sich die im speziellen Teil abgehandelten Erkrankungen mühelos und treten plastisch vor die Augen des Lesers, so daß er Gesehenes im getroffenen Portrait mit Freude wiedererkennt oder erst später in der Praxis zu Gesicht kommende Krankheitsbilder aus der Erinnerung an die Schilderung kennen lernt. Geradezu meisterhaft sind die oft recht schwer zu diagnostizierenden und noch vielfach nicht genügend bekannten Erkrankungen der Zunge beschrieben, für die Praxis wohl eines der wichtigsten Kapitel. Ich hebe nur die Zungenstrumen hervor, um letztgesagtes zu bekräftigen. Eine eingehende Würdigung finden auch die Endotheliome, deren klinische, histologische und prognostische Bedeutung zu wachsen beginnt, die Mikuliczsche Krankheit, deren Kenntnis wohl manches seltene unklare Krankheitsbild diagnostisch sichert, die Dermoidzysten des Mundbodens und die erst in neuerer Zeit entdeckte Sporotrichose. Diese auf Haut und Schleimhaut vorkommende Mykose leitet uns objektiv über zu den Dermatosen der Mundhöhle, welche J. Schaeffer mit überarbeitet und teilweise neu bearbeitet hat. Vielen werden die Erscheinungsformen dieser und sogar ihre Existenz unbekannt sein, und daher ist es ein großes Verdienst Kümmels, gerade diese Kapitel in seinem Buche aufgenommen zu haben. Zu begrüßen ist, daß auch der Gesichtspunkt des Kinderarztes zur Geltung kommt, was Kümmel an der Hand von A. Czerny gelungen ist. Ist nun das Buch für den Praktiker von eminenter Wichtigkeit — ich weise unter anderem nur auf die im Anhang I gegebenen „Rezepte zur Pflege des gesunden und kranken Mundes“ hin —, so ist auch in ihm für den wissenschaftlich arbeitenden Arzt ein ausgezeichnete Wegweiser an die Hand gegeben. Das das Werk beschließende Literaturverzeichnis umfaßt alle Quellen, aus denen Verf. geschöpft hat. Bei der hervorragenden Bedeutung des bearbeiteten Gebietes und des Verf.'s darf das Buch in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen.

G. Trautmann-München.

IV. Therapeutische Notizen.

Follikulitiden:

1)	Rez.	Bol. rubr.	0,5
		Bol. alba	2,5
		Magn. carb.	
		Zinci oxyd. ana	4,0
		Fermentin.	10,0
		M. f. subt. pulv.	
		(Dreuw.)	

J.

Ekzema tyloiticum:

- 2) Rez. Hydrarg. salicyl. 1,0—6,0
Ungt. molle ad 100,0
(Th. Veiel, Festschrift für Lesser. 1912.)

J.

Urticaria:

- 3) Rez. Menthol 10,0
Alcohol. camphor.
Chloroform.
Aether ana 30,0
S. Zum Aufsprayen.
(Sebastié, New York Med. Journ. 1912. 15. Juni.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Juli 1912.

Blaschko stellt einen 71jährigen Diabetiker mit einer eigentümlichen Affektion beider Handrücken vor. Die Erkrankung, die seit 10 Tagen bestehen soll, präsentiert sich als ein markstückgroßer zyanotischer Fleck mit oberflächlicher Nekrose der Peripherie. Die Affektion hat Ähnlichkeit mit einem Erythema exsudativum. Eventuell könnte man auch ein medikamentöses Exanthem zur Differentialdiagnose heranziehen, da der Patient unter der Einwirkung von Digitalis und Strophantus steht und „Carmol“ gebraucht hat. Nach Ansicht des Vortr. kommt dies jedoch alles nicht in Frage, sondern es handelt sich hier wahrscheinlich um die Erkrankung, die von Kaposi als „Diabetie“ beschrieben wurde, und die eine höchst ungünstige Prognose hat.

Als dann demonstriert Blaschko einen 67jährigen, kachektischen Patienten, der seit 3 Wochen an einer dem „Erythema iris“ ähnlichen Affektion leidet, die über den ganzen Körper verbreitet ist. Es handelt sich um erythematöse Herde, die im Zentrum abheilen, um dann wieder zu rezidivieren, so daß konzentrische Ringe entstehen, die miteinander konfluieren und dadurch guirlandenförmige Anordnung zeigen. Trichophyten haben sich trotz der Ähnlichkeit der Morphea mit Herpes tonsurans und der Art ihrer Verbreitung nicht auffinden lassen. Vermutlich dürfte diesen sich wiederholenden Schüben eine interne Ursache, in diesem Falle eine Autointoxikation mit Zerfallsprodukten eines malignen Abdominaltumors zugrunde liegen. Für diese Annahme spricht die fortschreitende Kachexie des Kranken und der von Mosse erhobene Befund von Fettsäurenadeln im Stuhl, so daß es berechtigt erscheint, das Pankreas als den Sitz der Erkrankung anzusehen, obwohl sich palpatorisch kein Tumor nachweisen läßt. Therapeutisch wird in diesem Falle ein Versuch mit Pankreaspräparaten empfohlen.

Arnheim zeigt einen Affen mit Riesenprimäraffekt über dem Augenlid, der am 15. Mai durch Skarifikationen der Brauen mit einer Spirochätenkultur geimpft worden ist.

Isaac stellt einen Fall von „Naevus verrucosus“ am Arm eines jungen Mädchens vor, der durch seine Verbreitung längs des Nervus medialis charakterisiert ist. Abgesehen von dieser Kongruenz der Verlaufsrichtung lassen sich weitere Beziehungen der Affektion zu Nerven oder Alterationen der letzteren hier nicht nachweisen.

In der Diskussion zu diesem Fall macht Blaschko darauf aufmerksam, daß man aus der topographischen Beziehung dieser papillären Hauthypertrophien zu den Nerven noch nicht berechtigt ist, einen inneren Zusammenhang beider Gebilde anzunehmen. Tatsächlich verliefen diese Naevi zwischen zwei Metameren, an denen auch entwicklungsgeschichtlich mit Vorliebe Störungen auftreten.

Der zweite von Isaac demonstrierte Fall bietet bei oberflächlicher Betrachtung eine große Ähnlichkeit mit einem universell verbreiteten tubero-ulzerösen Syphilid dar. Aus der Anamnese verdient hervorgehoben zu werden, daß bei dieser Patientin

die Wassermannsche Reaktion wiederholt negativ ausfiel, daß jedoch trotzdem auf Grund des stark an Lues erinnernden Exanthems eine Salvarsaninfusion ausgeführt wurde. Es trat jedoch ein der beabsichtigten Wirkung entgegengesetzter Effekt ein, indem die vorher nur tuberosen Effloreszenzen gangränesezierten. Auffallend war dabei der kachektische Zustand der Kranken. In dem Maße, in dem sich jedoch die Patientin erholte und sich das Allgemeinbefinden besserte, nahmen auch die Erscheinungen der Haut an Intensität ab und zeigten jetzt Neigung, spontan abzuheilen. Er hält die Affektion für eine schwere Form von Ekthyma.

In der Diskussion konnte man zu einer Einigung bezüglich der Diagnose nicht gelangen. Während ein Teil der Redner trotz negativer Wassermannscher Reaktion und ungünstiger Salvarsanbeeinflussung des Falles an der Diagnose Lues festhält, wurde von anderer Seite ausgebreitete Acne necrotica, schließlich sogar Variolois oder Varizellen mit Nekrosenbildung differentialdiagnostisch herangezogen.

Lippman-Wulf demonstriert eine ausgebreitete, seit 54 Jahren bestehende **Dariersche Dermatoze** bei einer 71jährigen Frau.

Ledermann stellt einen Fall von **Mycosis fungoides** vor, der vor 4 Jahren allmählich begann und vor einem Jahre Geschwülste zeigte, die nach Anwendung von Röntgenstrahlen in zwei Drittel Erythemdosis verschwanden, um jetzt an anderen Stellen, am Nacken und Unterschenkel zu rezidivieren.

Tomaszewski spricht dann über die **Reinzüchtung der Spirochaeta pallida**. Vom bakteriologischen Standpunkt aus ist an einen Mikroorganismus die Forderung der Züchtbarkeit und das Gelingen des Tierexperimentes zu stellen. Dieser Forderung konnte bisher die Spirochaeta pallida nicht genügen, ihr Nachweis wurde immer nur durch Beobachtung ihrer charakteristischen Form, Lagerung und Bewegung geführt. Jetzt ist auch das Problem der Reinkulturen und der erfolgreichen Übertragung auf das Tier gelöst. Er berichtet über ein Kaninchen, das 23 Tage nach intravenöser Injektion einer Spirochätenkultur typische Infiltrate am Präputium und Anus darbot, die massenhaft Spirochäten bargen. Allerdings gingen in 35 Parallelversuchen an Kaninchen die Impfungen nicht an. Die Herstellung der Reinkultur stößt auf große Schwierigkeiten und erfordert Vertrautheit mit bakteriologischen Arbeiten. Als Ausgangsmaterial benutzt man erstarrtes Pferdeserum. Man legt darin mit einer mit spirochätenhaltigem Material beladenen Platinöse einen Stichkanal an und erzeugt dadurch eine Spirochätenmischkultur. Wenn man nun mit dem Impfmateriel einer Platinöse dieser Mischkultur nacheinander 8—10 Röhrchen Pferdeserums impft, so findet man in den untersten Teilen der geimpften Röhrchen nach einigen Tagen Spirochäten in Reinkultur, da sich bei dieser Verdünnungsmethode die Begleitbakterien nur in den oberen Teilen des Nährbodens entwickeln. Einfacher kommt man zu demselben Erfolg, wenn man mit einer feinen Kapillare einen Tropfen einer bereits verflüssigten Mischkultur in erstarrtes Pferdeserum überträgt. Es tritt dann nach einigen Tagen eine hauchige Trübung der Serumsäule rings um den Impfstich ein. 2—3 cm unterhalb dieser Stelle läßt sich ein deutlicher Saum erkennen, an dem sich massenhafte Spirochäten ohne anderweitige Bakterien vorfinden, da die ersteren die Neigung besitzen, in die Tiefe zu wachsen. Hier sprengt man das Reagenzglas und überträgt dann von diesem Teil des Pferdeserumzylinders auf neutralen Serumagar, in dessen tiefsten Schichten eine neue Kultur entsteht, von der man beliebig weiterimpfen kann. Allerdings gehen nur wenige Kulturen an. Reinkulturen sind geruchlos im Gegensatz zu Mischkulturen. Die Spirochäten sind strenge Anaeroben. Die Kulturspirochäten gleichen den im Gewebe befindlichen Spirochäten in allen wesentlichen Punkten, immerhin gibt es doch gewisse Unterschiede, die dem Erfahrenen ohne weiteres die Identifizierung gestatten. Die Übertragung der gezüchteten Spirochäten auf Kaninchen gestaltete sich sehr schwierig, denn unter 35 Versuchen, die fast sämtlich intravenös vorgenommen wurden, war nur ein Fall positiv. Man wird also zu dem Schluß gedrängt, daß Spirochätenkulturen zwar bei syphilisempfindlichen Tieren Syphilis hervorrufen können, doch scheint ein Verlust der Pathogenität einzutreten, da ja nur wenige Kulturen angehen. (An den Vortrag schloß sich eine Demonstration verschiedener Kulturen in verschiedenen Entwicklungsstadien an.)

In der Diskussion wird von Bernhardt darauf hingewiesen, daß die Methode der Reinzüchtung der Spirochäten, die Überimpfung der Mischkultur auf Serumagar und Gewinnung der Reinkultur ziemlich einfach sei und selten versage, wenn man nur anaerobe Verhältnisse herstelle. Er demonstriert das von ihm geübte Verfahren.

Arnheim betont, daß auch er eine Veränderung der Morphologie der kultivierten Spirochäten in höheren Generationen beobachtet habe.

Bericht von A. Alexander über einen Fall von *Granuloma pediculatum*. Die haselnußgroße, leicht blutende, der Kopfhaut eines Mädchens breitbasig aufsitzende Geschwulst bestand erst seit 3 Wochen. Histologisch fand sich ein Granulationsgewebe mit zahlreichen neugebildeten Gefäßen und Bindegewebszellen. Wenn auch kulturell *Bacterium coli* gefunden wurde, so kann es sich hier doch nur um einen zufälligen Befund handeln, der zu der Erkrankung in keiner Beziehung steht. Die Tumoren lassen sich leicht mit Sarkomen verwechseln, mit denen sie das schnelle Wachstum gemeinsam haben. Im Anschluß an diesen Fall berichtet er über eine Beobachtung von hahnenkammähnlichen Wucherungen an der Unterlippe einer starken Raucherin. Mikroskopisch boten dieselben das Bild der chronischen Entzündung. Vortr. setzt dieselben in Parallele mit der Leukoplakie, die ja zu ähnlichen Wucherungen führen kann.

Zum Schluß berichtet Portner über einen von ihm beobachteten Todesfall nach *Salvarsan*. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann, der sich im Frühjahr infizierte und im Mai ein Ulcus am Genitale mit positiver Wassermannscher Reaktion aufwies. Es wurde eine kombinierte Behandlung mit *Salvarsan* und Quecksilber eingeleitet und am 24. Mai 0,4 g *Salvarsan* intravenös einverleibt. Im Anschluß daran traten Durchfälle auf, die jedoch schon am nächsten Tage sistierten. Am 9. Tage beobachtete der Patient einen schnell vorübergehenden Schwindelanfall. Drei Wochen nach der ersten Infusion wurde eine zweite Infusion mit vorschriftsmäßig bereiteter Lösung unter Anwendung aller Kautelen verabfolgt. Einige Stunden darauf klagte der Patient über heftige Schmerzen im linken Fuß und in der linken Hand, die das Bild der lokalen Asphyxie darboten. Hand und Fuß waren blaß, Finger und Zehen blau zyanotisch. Am Oberschenkel zeigte sich ein scharlachähnliches Exanthem. Das Allgemeinbefinden war schlecht, der Puls erreichte eine Frequenz von 120 bei 39° Temperatur. Krämpfe wurden nicht beobachtet. Das Fieber stieg allmählich an, im Urin fand sich Albumen, Erbrechen und Tenesmus setzten ein. Das Bewußtsein war nicht getrübt. Unter Zunahme der Erscheinungen trat 72 Stunden nach der Infusion der Exitus ein. Das Sektionsergebnis ist in seinen Einzelheiten noch nicht bekannt geworden; es sollen sich aber syphilitische Veränderungen des Gehirns und Veränderungen des Darms und der Leber gefunden haben. Lilienstein-Berlin.

VI. Vermischtes.

Bei dem großen Interesse, welches die Prophylaxe der venerischen Erkrankungen gerade für das Militär hat, wird eine Monographie Urbachs (Die Geschlechtskrankheiten und ihre Verhütung im k. u. k. Heere, in der k. k. Landwehr und in der k. u. k. Kriegsmarine, militär-ärztliche Publikationen. Wien, Safor, 1912. 5 Mk.) großes Interesse erregen. Mit einem ungeheuren Fleiße ist hier ein riesiges Material verarbeitet und auf 22 Tabellen, 8 Kurventafeln und 4 Karten übersichtlich gestaltet. Der Zweck dieser Arbeit ist, wieder auf die dringende Notwendigkeit hinzuweisen, in der Verhütung der venerischen Erkrankungen nicht zu erlahmen, damit wir noch bessere Erfolge im Kampf mit dieser Geißel der Menschheit aufweisen können. J.

VII. Personalien.

In Graz wurde a. o. Prof. Matzenauer zum ord. Prof. der Dermatologie ernannt.

Für Dermatologie haben sich habilitiert Dr. Gussmann in Budapest und Dr. Mucha in Wien.

In Zürich starb der bekannte Dermatologe Ernst Heuss.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1912.

November.

Nr. 2.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Trichoschisis. Eine bisher nicht beschriebene Haarveränderung, von Dr. **Karl Friedrich Hoffmann**. 2) Über ein neues Prophylaktikum „Virilact“ gegen venerische Infektion, von Privatdozent Dr. **Karl Ullmann**. (Schluß.)

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Über pharmakodynamische Einflüsse auf den opsonischen Index, von **A. Strubell**. 2) Topische Bakteriotherapie der Haut, von **J. Peyrl**. 3) Über die Ätiologie und Pathogenese der spitzen Kondylome, von **C. Cronquist**. 4) Über urämische Geschwüre auf der Schleimhaut der Scheide, von **H. Elefhorst**. 5) Pigmentation des muqueuses de cause inconnue, par **O. Crouzon**. 6) Erworbene Überempfindlichkeit der Haut, von **Stein**. 7) Klinische Erfahrungen mit dem Protargol auf chirurgischem Gebiet, von **Sitzler**. 8) Hautreiz bei Windpocken, von **Felchenfeld**. 9) Was jeder junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte, von **J. Hastreiter**. — **Entzündliche Dermatosen.** 10) Ein Fall von *Leiomyositis cutis* (*Dermatomyositis*) *parenchymatosa chronica primaria*, von **K. Sakurane**. 11) *Epidermolysis bullosa hereditaria*, von **E. Hoffmann**. 12) *Inoculazioni di verruche filiformi*, per **Tuccio-Coppolino**. 13) *Un caso di acanthosis nigricans*, per **Cavagnis**. 14) Über epidemisches Auftreten von seborrhoischem Ekzem, von **Brunhs und Cohn**. — **Progressive Ernährungsstörungen der Haut.** 15) *Xeroderma pigmentosum cum carcinoma et cornu cutaneum*, von **K. Dohi und H. Kohda**. 16) Ein Fall von *Granuloma teleangiectoticum manus*, von **Tadda**. 17) Ein Fall von *Cornu cutaneum*, von **S. Matsumoto**. 18) *Fibroma subcutis*, von **M. L. Heldingsfeld**. 19) *Sarcoma fusi-gigantocellulare della pelle*, per **Pasini**. — **Neuritische Dermatosen.** 20) *Prurigne e leucemia*, per **Copelli**. 21) Beitrag zur Histopathologie des Herpes zoster, von **E. Hoffmann und Friboes**. 22) Über die günstige Beeinflussung des Pemphigus nach Salvarsan, von **Stülpke**. — **Chronische Infektionskrankheiten der Haut.** 23) *La statistique du lupus vulgaire*, par **Petersen**. 24) *Lupus miliaris disseminatus faciei* auf dem Lymphwege entstanden, von **G. B. Dalla Favera**. 25) Untersuchungen über den Typus der Tuberkelbazillen bei *Lupus vulgaris*, von **Kothe und Blerotli**. — **Gonorrhoe.** 26) Über den Einfluß gallensaurer Salze auf Gonokokken, von **A. v. Karwoski**. 27) Zur „diätetischen“ Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglingsalter, von **Nothmann**. 28) Über Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylentetramin), von **Seegers**. 29) Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe, von **Schmitt**. 30) Ein modifiziertes Goldschmidtsches Instrument zur Untersuchung und Behandlung der vorderen Harnröhre, von **Schlenzka**. 31) Über Gonokokkenvakzin als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel, von **Ziemann**. 32) Über eine Modifikation der Gramfärbung, besonders mit Rücksicht auf die Gonokokkendiagnose, von **Jensen**. — **Syphilis.** 33) Natürlicher Magensaft bei der Serodiagnose der Syphilis, von **Manolloff**. 34) Über Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis, von **Fr. Bering**. 35) Alteration des Nabelstranges bei Syphilis, von **Dominici**. 36) *Le pronostic général de la syphilis*, par **M. A. Bayet**. 37) *Absence de déviation du complément en présence des antigènes syphilitiques chez un malade atteint de bilharziose*, par **Rouslacrolx et Payan**. 38) Gelungene Verimpfung von Blut, Bluserum und Sperma syphilitischer Menschen in den Hoden von Kaninchen, von **Uhlenhuth und Mulzer**. 39) Zur Enesolbehandlung bei metasymphilitischen Erkrankungen, von **Vor-**

brodt und Kafka. 40) Zur Frage der „verfeinerten Wassermannschen Reaktion“ (Kromayer und Trinchese), von **A. Alexander.** 41) Die Wassermannsche Syphilisreaktion mit aktiven Seren, von **H. Hecht** und **O. Lederer.** 42) Zur Ätiologie der Metasyphilis, von **Villinger.** 43) Neuinfektion nach Abortivbehandlung der Syphilis, von **H. Hecht.** 44) Étude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique, par **J. Bobrie.** 45) Über neuere Modifikationen (Karvonen, Maniloff) und zur Technik der Wassermannschen Reaktion, von **E. Bernhardt.** 46) Der Einfluß von Soda auf die Wassermannsche Reaktion, von **H. Mayer.** 47) Beitrag zur Ätiologie der Neurorezidive und zur Neosalvarsanbehandlung, von **Gennerich.** 48) Über Neosalvarsan, von **Gutmann.** 49) Über Neosalvarsan, von **v. Marschalkó.** 50) Kasuistischer Beitrag zu den als „anaphylaktoid“ beschriebenen Erscheinungen nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen, von **O. Brückler.** 51) Veränderungen des menschlichen Serums nach Neosalvarsaninfusionen, von **H. Mayer.** 52) Gibt es eine toxische Wirkung des Salvarsans auf das papillo-makuläre Bündel? von **H. Gebb.** 53) Über Neosalvarsan, von **G. Castelli.** 54) Liquor cerebrospinalis und Salvarsan, von **Zaloziecki.** 55) Über die Wirkung des Salvarsans auf das Auge, von **O. Fehr.** 56) Salvarsan and the Wassermann test in syphilis, by **M. L. Heidingsfeld.** 57) Über Neosalvarsan, von **K. Dohi** und **S. Watanabe.** 58) Weiteres über die Salvarsantherapie in unserer Universitätsklinik, von **K. Dohi, S. Watanabe** und **A. Najakima.** 59) Über Nebenwirkungen bei intravenöser Salvarsaninjektion, von **F. Kitagawa.** 60) Über die Temperatursteigerung nach intravenösen Injektion von Salvarsan, von **G. Inouye.** 61) Salvarsan gegen Initialsklerose, von **Sh. Kono.** 62) Über das Resultat der Salvarsananwendung im Marinehospital zu Kure, von **M. Miyahara.** 63) Über Salvarsaninjektion gegen Syphilis, speziell über das Rezidiv von Syphilis, von **Sh. Matsumoto.** 64) Über die Behandlung, Heilung und das Rezidiv der Syphilis, von **K. Sakurane.** 65) Über 77 mit Salvarsan behandelte Kranke, von **L. Auszterveit.** 66) Beitrag zur Frage des akuten nodösen Syphilids (Erythema nodosum syphiliticum), von **E. Hoffmann.** 67) Über Fieber im Tertiärstadium der Syphilis, von **K. Stern.** 68) Die Behandlung der bakteriellen Infektionen im Organismus durch Chemikalien, von **Blumenthal.** 69) Über experimentelle Syphilis bei Kaninchen, von **Finkelstein.** 70) Zur Kenntnis der Tracheitis gummosa, von **Stumpf.** 71) Die Züchtung der Spirochaete pallida, von **Noguchi.** 72) La cure della sifilide con le iniezioni endovenose di Enesol, per **M. Agamemnone.** 73) Der Wert der Wassermann-Reaktion mit nichtinaktiviertem Serum, von **E. Pereina.** — Krankheiten des Urogenitalapparates. 74) Zur Bestimmung der Residualharnmenge, von **Adrian.** 75) Zum aseptischen Katheterismus, von **Czablewski.** 76) Quantitative Eiweißbestimmungen im Harn und ihre praktische Brauchbarkeit, von **C. Moewes.**

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

1. Trichosechisis.

Eine bisher nicht beschriebene Haarveränderung.

Von Dr. **Karl Friedrich Hoffmann,**
Spezialarzt für Hautleiden in Coblenz a/Rh.

Trichorrhexis und Trichoptilosis sind bekannte Veränderungen des Haares. Dagegen konnte ich in diesem Frühjahr am Haar einer Dame Veränderungen feststellen, die mir bis dahin unbekannt waren, über die ich auch in der Literatur, namentlich in dem Lehrbuch der Haarkrankheiten von Prof. Dr. Max Joseph nichts fand. Auch Umfragen bei Fachgenossen führten zu keinem Ergebnis. Da sie somit eine Neuheit zu sein scheinen, stehe ich nicht an, sie zu veröffentlichen.

Am 3. Mai 1912 suchte mich eine Dame wegen Haarausfalls auf. Sie war im wesentlichen stets gesund gewesen, hatte aber in der ersten Hälfte des Jahres 1911 eine schwere Körperrose durchgemacht. Im Verlaufe der Krankheit wurde ein Einschnitt am linken Bein nötig. Unter den Folgen litt sie noch lange körperlich und seelisch. Insbesondere stellte sich ein erschreckender Haarausfall ein. Namentlich auf dem Scheitel fielen fast alle Haare aus. Seit einigen Monaten kommen sie wieder, sind aber namentlich auf dem Scheitel noch sehr kurz. Deswegen ist die Dame genötigt, falsches Haar mitzubenutzen. Um den Haarwuchs zu befördern, ließ sie sich bisher von einer Schönheitskünstlerin behandeln, mit allerlei Seifen, Spiritussen usw. Aber ein rechter Erfolg will nicht kommen.

Ich stellte nun folgendes fest: Das Haupthaar war grau, viele Haare waren ganz weiß. Auf dem Scheitel, etwa im Umfange eines Kreises von 10 cm Durchmesser, waren die Haare höchstens 10—12 cm lang, meist kürzer. Am übrigen Kopf beträgt ihre Länge 15—30 cm. Haare und Haarboden waren sehr trocken. Bei zahlreichen Haaren ließ sich Trichorrhexis und Trichoptilosis nachweisen, was auch mikroskopisch erhärtet wurde. Aber bei genauerem Zusehen zeigte sich an vereinzelt Haaren noch eine Veränderung, die schon für das bloße Auge nichts mit den beiden genannten gemeinsam hatte. Man sah nicht etwa wie bei jenen bekannten Veränderungen eine Auffaserung an der Spitze oder ein Knötchen im Verlaufe des Haares, sondern es sah aus, als ob auf eine Länge von einigen Millimetern das Haar gewissermaßen verdoppelt sei. Sah man mit der Lupe genauer zu, so erkannte man ganz deutlich, daß das Haar an dieser Stelle wie eine Spindel aufgetrieben war. Die Haare wurden abgeschnitten und mikroskopisch untersucht. Ich lasse die Beschreibung folgen.

Haar Nr. 1. Schneeweißes Haar. Mikroskopisch ist bis auf die sofort zu beschreibende Stelle keine Veränderung festzustellen, es ist völlig pigmentlos, das Haarmark durchzieht es mit Unterbrechungen. Das abgeschnittene Stück ist 2 cm lang, zeigt an dem einen, proximalen Ende den Schnitt der Schere, läuft an dem anderen, distalen langsam spitz aus. Ungefähr in der Mitte ist es in der für Trichorrhexis bezeichnenden Weise verändert, ohne daß es zu Spalten oder Abspaltungen gekommen wäre, und von Schmutzteilen durchsetzt. Zwischen dieser Stelle und dem proximalen Ende liegt die eigentliche Veränderung. Sie nimmt etwa 4 mm der Länge des Haares ein und stellt für das bloße Auge eine schmale, spindelige Auftreibung dar. Mikroskopisch erscheint hier das Haar gespalten, so, daß an dem proximalen Ende das Haar sich in zwei Äste teilt, die nebeneinander herlaufend und einen Spalt zwischen sich lassend am distalen Ende sich wieder vereinigen. Der eine der beiden Äste ist etwas dicker, als der andere, etwa drei Fünftel der Haardicke einnehmend und in seiner ganzen Länge vom Haarmark durchzogen, der andere ist entsprechend dünner und besteht nur aus Rindensubstanz.

Beide Äste sind scharf umrissen und nicht aufgesplittert. Auch an den Endstellen ist, im Gegensatz zur Trichorrhexis, gar keine Auffaserung zu verzeichnen, vielmehr lösen sich die beiden Äste glatt voneinander los. Nahe am proximalen Ende berühren sie sich fast noch einmal. Am proximalen Ende ist zwischen sie etwas Schmutz abgelagert, am distalen Ende gar nicht.

Haar Nr. 2. Schneeweißes markhaltiges Haar. Trägt an beiden Enden Scherenspurten, so daß die Verlaufsrichtung nicht mehr festzustellen ist. Die Veränderung nimmt etwas über 3 mm ein. Auch hier ist das Haar in zwei Äste geteilt, einen dünneren marklosen und einen dickeren markhaltigen. Doch liegen sie eng an- oder übereinander, ein Spalt zwischen ihnen ist nicht zu sehen. Eine kolbige Auftreibung an den Trennungsstellen ist nicht vorhanden, nur eine mäßige Schmutzeinlagerung. Der marklose Ast ist nahe der einen Trennungsstelle etwas aufgetrieben und von Schmutz durchsetzt.

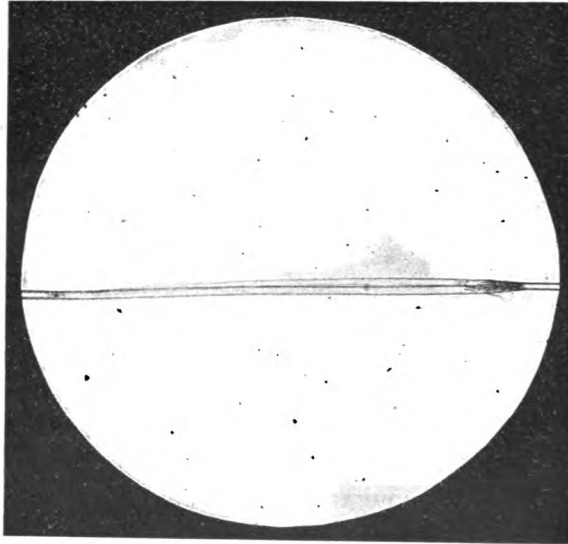


Fig. 1. 18 fache Vergrößerung.

Haar Nr. 3. Schneeweißes Haar, marklos. Auch bei ihm ist die Verlaufsrichtung nicht mehr festzustellen. Die Veränderung nimmt etwa 5 mm ein. Auf diese Länge ist das Haar in zwei Leisten gespalten, von denen die eine zwei, die andere drei Fünftel der Haardicke beträgt. An der einen Trennungsstelle ist das Haar etwas kolbig aufgetrieben und reichlich von Schmutz durchsetzt, an der anderen vereinigen sich die beiden Schäfte ohne jede Verdickung zu dem gemeinsamen Haarschaft (Fig. 1).

Haar Nr. 4. Dieses Haar zeigte im wesentlichen dasselbe Bild, wie die eben beschriebenen drei ersten. Es konnte jedoch nicht mehr verwertet werden, da es in Kalilauge eingebettet worden und verdorben war.

Haar Nr. 5. Ein hellgraues Haar, ohne Haarmark, in seiner ganzen Länge und Dicke gleichmäßig von feinstem, körnigem Pigment durchsetzt. Die Verlaufsrichtung ist nicht mehr festzustellen. Die Veränderung nimmt

etwas über 2 mm ein. An dem einen Ende spaltet sich das Haar in drei Äste von verschiedener Dicke, die wie die Reiser eines Besens auseinanderstehen. Die Trennungsstelle ist fast gar nicht von Schmutz durchsetzt, die Ränder der Äste scharf gekantet. Um so weniger findet sich diese Schärfe der Ränder an dem gegenüberliegenden Ende, im Gegensatz auch zu den bisher beschriebenen Haaren. Nur von dem einen, dicksten Ast splintern sich nur unbedeutende Fäserchen ab, sonst geht er ohne weitere Veränderungen wieder in den gemeinsamen Schaft über. Der andere trennt sich in zwei Äste, die dann in dem Schaft zusammenfließen. Der letzte Ast spaltet sich dreifach. Ein Bündel hängt quer über dem zweiten Ast frei in der Luft. Die beiden andern vereinigen sich mit den übrigen, einer an der gemeinsamen Vereinigungsstelle, das andere jenseits dieser. An diesem sind am Ende ziemlich viel Schmutzteilchen eingelagert (Fig. 2).

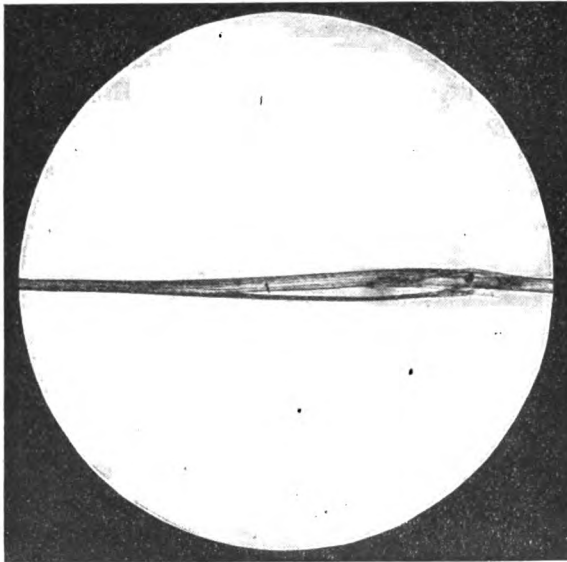


Fig. 2. 45fache Vergrößerung.

Der Unterschied zwischen Trichorrhexis und Trichoptilosis und der hier geschilderten Veränderung ist klar. Es kommt nicht zur Knötchenbildung oder Auffaserung am Ende, sondern im Verlaufe des Haares zu einer Spaltbildung in der Längsrichtung. Sie kommt dadurch zustande, daß auf eine mehr oder weniger lange Strecke das Haar in zwei oder mehr Äste geteilt erscheint, die zwischen sich einen Spalt freilassen. Soweit es sich um markhaltige Haare handelt, geht diese Spaltung nur im Rindenteile vor sich, das Mark bleibt unbeteiligt.

Inwieweit stehen nun diese drei Veränderungen zueinander in Beziehung? Der Form nach wohl in keiner. Bei der Trichorrhexis ist das Haar im Bereiche des Knötchens schon so morsch, splittert so leicht beim

leisesten Zug, daß es ausgeschlossen ist, daß im Bereiche der Auftreibung es noch zu einer weiteren Spaltbildung, zu einer Trichoschisis, kommen könnte. Dagegen spricht auch die ganz fehlende oder höchst nebensächlich erscheinende Auftreibung an einer Teilungsstelle. Auch zur Trichoptilosis ist eine Beziehung in Betracht des räumlichen Abstandes nicht herzustellen. Es handelt sich um eine selbständige, in ihrer Form wohl abgrenzbare Haarveränderung, die den bisher bekannten nicht gleicht, und es ist, wenigstens an dem vorliegenden Falle, auch kein Übergang aus der einen in die andere festzustellen. Zweifellos verdanken sie aber alle drei derselben Ursache ihr Dasein. Dafür spricht das Nebeneinander-vorkommen auf demselben, sonst nicht kranken Kopfe. Was nun diese Ursache anbelangt, so schließe ich mich unbedingt den Forschern an, die auch für die Trichorrhexis keine Ansteckung, sondern als Grund eine mechanische und chemische Mißhandlung des Haares annehmen. Dafür spricht gerade auch die neue Veröffentlichung Hübners, der in einer Schule die Trichorrhexis bei den Mädchen sehr häufig, bei den Knaben gar nicht fand, obwohl beide in derselben Klasse unterrichtet wurden. Dort war die Ursache das Flechten in enggedrehten Zöpfen, hier die unzumutbare Behandlung durch die Haarkünstlerin, die das ohnehin trockene Haar durch Seifen und Spiritus ganz spröde machte. Die folgende Behandlung mit Kamm usw. ließ es dann in allen denkbaren Formen zersplittern.

Die Veränderung scheint nicht häufig zu sein. Ich konnte bei zwei sorgfältigen Untersuchungen nur fünf davon befallene Haare finden. Trichorrhexis und Ptilosis waren daneben sehr häufig.

Für diese Veränderung schlage ich den Namen Trichoschisis vor ($\sigma\chi\iota\zeta\omega$ = ich spalte).

2. Über ein neues Prophylaktikum „Virilact“ gegen venerische Infektion.

Von Privatdozent Dr. Karl Ullmann in Wien.

(Schluß.)

Alle diese Gesichtspunkte haben es nun veranlaßt, daß ich mich nach vieljähriger Pause gerne mit der praktischen Erprobung und bakteriologischen Überprüfung eines neuen; d. i. wenigstens für diesen Zweck bis jetzt nicht angewendeten Desinfektionsverfahrens zur Prophylaxe gegen venerische Infektion beschäftigt habe. Es handelt sich um das Schutzverfahren „Virilact“, welches die chemischen Werke Dr. R. u. Dr. O. Weil in Frankfurt a/M., in letzter Zeit in den Handel gebracht und gesetzlich geschützt, und wie ich glaube, noch nicht veröffentlicht haben. Das

prophylaktische Prinzip des „Virilact“ beruht ebenso wie in der modernen Chemotherapie auf dem Gebrauche einer Kombination zweier Desinficientia und zwar von Wasserstoffsuperoxyd mit Methylpropylphenol. Letzteres ist hierbei bis zur Sättigung in Glyzerin gelöst. Die klare, schwachgelbliche Desinfektionsflüssigkeit wird in kleinen, durch Fingerkompression gänzlich entleerbaren Zinntuben abgegeben, die etwa 3 g der durchaus nicht unangenehm und aromatisch riechenden Flüssigkeit enthalten und nach ihrer Entleerung stets fortgeworfen werden, d. h. nicht wieder verwendet werden dürfen.

Das Einträufeln der Lösung ins Orifizium ur. und in den Präputialsack erfolgt ohne direkte Berührung der Haut mit dem vorderen Tubenende. Bei engerem, nicht leicht rückstreifbarem Präputialsack wird die eingeträufelte antiseptische Flüssigkeit gut in die Nischen des letzteren und nach rückwärts in den Sulcus verdrängt, wo sie, ohne jede Ätzwirkung, ja ohne selbst nur Brennen zu erzeugen, also eigentlich ohne absoluten Zwang zur Wiederentfernung, der späteren normalen Reinigung überlassen werden kann. Dieser Prozedur geht regelmäßig und nach Tunlichkeit der Pißakt voraus.

Bei rücklegbarem Präputium aber findet außer der reichlichen Instillation von mindestens 15 bis 20 Tropfen der Flüssigkeit in die Urethra noch eine ausgiebige Einsalbung der Innenfläche des Präputiums, und der gesamten kontaminierten Penishaut, Perigenitalregion, mit einigen Gramm des Inhalts einer ebenfalls beigegebenen, einzelnen größeren Salbentube statt. Letztere enthält dieselben antiseptischen Prinzipie in ähnlichen Konzentrationsverhältnissen wie die Tropfflüssigkeit, aber in milder, nicht reizender Lanolinsalbe als Vehikel.

Die Einsalbung kann ebenfalls längere Zeit, ja bis zum nächsten Bade ohne subjektives Gefühl von Brennen usw., auf der Haut belassen werden. Sie erfolgt in sorgfältiger Weise entweder mit den Fingern der gewaschenen Hand oder mit kleinen, dem Etui beigegebenen Wattebäuschchen.

Die Erfahrungen bei einer Reihe von Patienten, welche dieses Verfahren öfters angewendet hatten, zeigten mir nun zunächst, daß sowohl die Einträufelung als auch die Salbung mit diesem Gemenge, stets, und bei allen meiner Klienten, klaglos und ohne jedwede Schwierigkeiten oder Bedenken angewendet wurden und auch daß die Prozeduren, mangels brennender Sensationen, nachträglicher Eiterung der Schleimhaut oder Verklebung der Harnröhrenmündung aber auch der so peinlichen Befleckung der Leibwäsche von den Patienten auch gerne vorgenommen wurden.

Ich hatte seit Beginn bis Juni des laufenden Jahres bereits mehrere solche Präparate probeweise in mehr einfacher Form d. i. in großen Tuben an eine Anzahl von Kassenpatienten ausgegeben, die geheilt entlassen

worden waren, da erhielt das mittlerweile von der Fabrik gesetzlich geschützte Mittel auch eine passende äußere Form.

In einem handlichen, leicht in einem Rocksack transportablen Aluminiumetui, trägt der Betreffende stets eine größere Anzahl kleiner, und eine große Tube mit antiseptischer Salbe, sowie genügend Wattepinsel bei sich. Mitunter wurde noch vor dem Bade ein mit Benzin getränkter Wattebausch zur Reinigung der Haut benutzt.

Es entstand nun für mich auch die Frage, ob diesem, anscheinend für die Benützenden recht angenehmen prophylaktischen Verfahren, auch irgendwelcher wissenschaftlich gerechtfertigter oder begründbarer praktischer Wert zugebilligt werden kann!

Es ist nur selbstverständlich, daß dies, auch nach vielmonatlichen Versuchen durch die praktische Erfahrung bzw. Berichterstattung und die negativen Beobachtungen der Benutzenden allein, noch nicht sicher entschieden werden kann, wenigstens nicht nach der positiven Seite hin, d. h. zur Entscheidung der Frage der wirklichen desinfektorischen, keimtötenden Kraft; wohl aber nach Richtung der negativen Seite hin. Diese gipfelt in der Frage: Welche Mängel und Inkonvenienzen haften dem Prinzip an?

Nach dieser Richtung hin kann ich nur eindeutig und gleichmäßig über Günstiges berichten. Es sind mir wenigstens Klagen über Beschwerden subjektiver Art etwa in Form von brennenden, unangenehmen Sensationen eigentlich nie gemeldet worden. Während des Gebrauchs des „Virilact“ ist auch, bis nun, meiner Kenntnis nach, eine venerische Infektion bei keinem der behandelnden Individuen erfolgt. Das besagt natürlich bei etwa nur 20 solcher beobachteter Fälle an und für sich noch gar nicht viel, und kann höchstens schon dazu dienen, zu weiteren Versuchen in größerem Umfange Anregung zu geben. Auffallend aber ist doch die Reizlosigkeit der Kombination zweier, immerhin anerkannter Antiseptika in relativ beträchtlicher Konzentration. Mit Rücksicht auf die Angabe der Fabrik, daß im Inhalt der beigegebenen Tuben, der von den Apothekern jederzeit nach Verschreibung zu erneuern ist, aus Wasserstoffsuperoxyd in Glycerin oder Lanolin-Vaselin gelöst und Methylpropylphenol, das antiseptische Prinzip darstellen, habe ich auch nun einige Laboratoriumsversuche über den Wert sowohl der genannten einzelnen Bestandteile, als auch der Kombination beider Antiseptica, wenigstens bei der Tropfflüssigkeit aus den kleinen Tuben gemacht. Analoge Versuche mit der Salbe schienen mir, mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln, untunlich und eigentlich auch für überflüssig.

Ich beschränkte mich nur auf die mir leichter zugänglichen, aus dem Krankenmaterial meines Kassenambulatoriums, jederzeit in unbehandeltem Zustande erhältlichen Sekrete frischer Gonorrhöen. Ausschließlich unbehandelte Fälle lieferten mir also das Material. Ich beschränkte mich

auf Gonorrhöe, weil Untersuchungen auf den zweiten Teil der Prophylaxe, d. i. auch gegen die Luesinfektion also solche über Desinfektion von Spirochäten der Lues, viel zu schwierig, allenfalls nur mit künstlichen Spirochätenkulturen, natürlich nicht mit luetischen Geschwürsekreten und im Tierversuche durchführbar gewesen wären; auch konnte ich seinerzeit noch derartige Kulturen nicht erhalten, und würden diese schon wegen ihrer Empfindlichkeit auf künstlichen Nährböden, und auch im Tierversuche, gewiß auch keinen Maßstab für die Wirksamkeit der Desinficientia auf der Haut und Schleimhaut selbst abgeben haben.

Von vornherein also sei bemerkt, daß die Benetzung der Haut mit diesem kombinierten Antiseptikum nur als ein unschädliches, mildes, nicht ätzendes, und doch keimtötendes, antiseptisches Verfahren, ohne den Charakter einer Spezifität, aufgefaßt werden kann und soll! Andererseits ist die intensive antiseptische Wirkung der Thymolpräparate gegen die Spirochäten der Mundhöhle ja aus zahlreichen älteren Arbeiten und in der täglichen Praxis auf zahnärztlichem Gebiete längst bekannt, desgleichen die nahezu spezifisch wirkende, antiseptische Kraft stärkerer Wasserstoff-superoxydlösungen für die zahlreichen Spirochätenkeime der Mundhöhle. Trotzdem wäre es wohl erst Sache der Zukunft, die keimtötenden Eigenschaften der beiden hier verwendeten Antiseptika, und zwar jedes einzelnen für sich, als auch der Kombination beider, exakt durch eigene Versuche festzulegen. Hierzu könnte die jüngste Errungenschaft der Spirochätenkulturen schon einen immerhin brauchbaren Behelf abgeben.

Ich selbst habe mich also bloß mit der Frage der Beeinflussung, d. i. der Tötung oder Schwächung von frisch angelegten Gonokokkenkulturen, durch verschiedene Kombinationen von H_2O_2 und Methylpropylphenol befaßt. Hier mögen deshalb zum Schlusse die Ergebnisse aus 6 Serien dieser Versuche kurz wiedergegeben werden:

Die Versuche habe ich nach wiederholter und reiflicher Besprechung mit erfahrenen Bakteriologen, in zwei Anordnungen angestellt. Für die Durcharbeitung dieser Versuche in einem öffentlichen bakteriologischen Laboratorium fehlte mir sowohl die nötige Zeit als übrigens auch die Möglichkeit, meine Kranken aus der Sprechstunde, so oft als es hier nötig war, um frisches Material zu gewinnen, in ein solches Laboratorium zu dirigieren. Ich verwendete aus diesem Grunde das einfache Verfahren des Ausstreichens von frischem gonorrhöischen Eiter, der stets nach gründlicher Reinigung der Penisöffnung mit Benzin und Äther aus dem Orificium urethrae entnommen worden war, auf schräg erstarrtem Serumtager, und benützte meinen eigenen Brutofen zur Kultivierung.

Es wurden die Eiterbröckel entweder (Anordnung A) aus den antiseptischen Lösungen heraus — und in $\frac{1}{2}\%$ sterile Kochsalzlösung gebracht, dort gewaschen, dann erst in die Röhren gebracht und dünn

über die Agaroberfläche mit Platinspatel verstrichen, oder (Anordnung B) direkt und in den Röhrchen ausgestrichen und mit den Lösungen beschickt. Zu je vier Röhrchen einer Serie wurden stets zwei Kontrollröhrchen zur Feststellung der Virulenz, Wachstumsfähigkeit bzw. Reichlichkeit und Reinheit der Gonokokken im Eiter des betreffenden Falles angelegt.

Ich beschränke mich auf 6 solcher Serien à 6 Röhrchen, die ich allerdings in einzelnen Serien auch 2. oder 3 mal durchführen mußte. Insbesondere wo Fehlerquellen unterlaufen oder der Gonokokkengehalt in den Kontrollröhrchen ein sehr geringer oder fehlender war, wurde die betreffende Serie wiederholt. Sämliche Gefäße, Tuben usw. wurden jedesmal unmittelbar vor dem Versuche dem Sterilisationsofen entnommen.

Kulturversuche mit „Virilact“ und dessen Bestandteilen.

Anordnung A, Serie I und II.

Serie I, Versuche mit H_2O_2 .

Versuch 1: Kleine Eiterpartikelchen frischer, nativer Gonorrhöe wurden in einem sterilen Schälchen in einige Tropfen sterilen $\frac{1}{2}\%$ Kochsalz gelegt, und mittels einer Öse von dort jedesmal in eine zweite sterile Schale, in der 10% ige Wasserstoffsuperoxydlösung ist, gebracht. Von dort wurden sie nach einer $\frac{1}{2}$ Minute sowie jeweils nach 1, 2 und 5 Minuten mit der Öse wieder herausgefangen, und wieder zurück in Schälchen mit sterilem Wasser, von dort erst auf das schiefe Agarröhrchen gebracht, und dortselbst mit dem Platinspatel sorgfältig ausgestrichen. In die 2 Kontrollröhrchen wurden Bröckel desselben Eiters bloß in ein eigenes, drittes Schälchen mit steriler Kochsalzlösung, von dort sofort in die Agarröhrchen gebracht.

Resultat: In Röhrchen 1 und Röhrchen 2 entwickelte sich nach 36 Stunden, je eine Kultur von Gonokokken. Im letzteren auch eine Kultur von *Staphylococcus albus*. Röhrchen 3 und 4 blieben steril! In den beiden Kontrollröhrchen wuchsen zahlreiche Gonokokken und vereinzelte Staphylokokkenkulturen.

Versuch 2: Von einem zweiten Fall nativer, akuter Gonorrhöe wurde Sekret entnommen und sonst dieselbe Anordnung beibehalten. In keinem der vier Proben ging ein *Gonococcus* auf, bloß im Röhrchen 1 eine Kolonie weißer Staphylokokken.

Versuch 3: Mit dem Eiter desselben Patienten, jedoch 2 Tage später entnommen, wurde dieselbe Anordnung beibehalten aber mit 6% wässriger Wasserstoffsuperoxydlösung durchgeführt. (Der Pat. hatte inzwischen nur 3 Kawotalpillen täglich bekommen und keine andere Lokalbehandlung erhalten.) In Röhrchen 1 und 2 sind abermals einzelne Gonokokken jedoch keine Staphylokokkenkolonien aufgegangen. Röhrchen 3 und 4 blieben völlig steril; in den Kontrollröhrchen dagegen reichlich Gonokokken und spärlich Staphylokokken.

Serie II, Versuche mit Methylpropylphenol.

Versuch 4: Mit dem Eiter einer unbehandelten Gonorrhöe wurden in derselben Weise vier Röhrchen beschickt, nachdem die Eiterbröckel von der sterilen Kochsalzlösung in 1% Methylpropylphenyllösung gebracht und darin verschiedene Zeit, und zwar wieder $\frac{1}{2}$, 1, 2 und 5 Minuten, gelegen waren.

In Röhrchen 1, 2 und 3 waren sehr spärliche Staphylokokken, und nur in Röhrchen 1 allein Gonokokken und einzelne Staphylokokken aufgegangen. Der Ausstrich von Röhrchen 4 blieb steril. In den Kontrollröhrchen entwickelten sich reichlich Gonokokken und einzelne Staphylokokken (*Staphylococcus albus*).

Versuch 5: Derselbe Versuch wurde mit einer unbehandelten, etwa einer Woche alten Gonorrhöe mit reichlichem Gonokokkenbefund im nativen Eiter nochmals in derselben Anordnung wiederholt. In Röhrchen 1 und 2 nur einzelne Staphylokokken, aber keine Gonokokken. Röhrchen 2 und 3 blieben steril. In den Kontrollröhrchen entwickelten sich zahlreiche Gonokokken und einzelne Staphylokokken *albus* und *aureus*.

Anordnung B, Serie III, Versuche mit H_2O_2 .

Versuch 6: Mit dem Eiter einer rezenten, unbehandelten Gonorrhöe wurden sechs Serumagarröhrchen direkt mittels Spatelausstriche beschickt. In die ersten 4 wurde 6% Wasserstoffsuperoxydlösung gegossen, bis das Röhrchen zur Hälfte mit der Lösung erfüllt war. Die Lösung jeweils nach $\frac{1}{2}$, bzw. einer ganzen, ferner 2 und 5 Minuten ausgegossen und jedesmal rasch mit steriler Kochsalzlösung 3 mal vorsichtig nachgewaschen. Es entwickelten sich in keinem der 4 Röhrchen Gonokokken. In Röhrchen 1 und 3 vereinzelte Luftkeime schon nach 24 bzw. 36 Stunden. In den Kontrollröhrchen spärliche Gonokokken und vereinzelte Staphylokokken, sowie Hefen.

Versuch 7: Von dem Eiter einer rezenten Gonorrhöe mit reichlichen Gonokokken wurde derselbe Versuch nochmals in derselben Anordnung wie in Versuch 6 gemacht. In Röhrchen 1 entwickelten sich einige spärliche Gonokokkenkolonien, in Röhrchen 2 und 3 einige Kolonien von Staphylokokken, Röhrchen 4 blieb steril. In dem Kontrollröhrchen entwickelten sich reichlich Gonokokken und vereinzelte Staphylokokken.

Anordnung B, Serie IV, Versuche mit Methylpropylphenol.

Versuch 8: Mit dem Eiter einer frischen, unbehandelten Gonorrhöe wurde in derselben Anordnung mit 1% iger Methylpropylphenyllösung der Versuch wiederholt. Es entwickelten sich in den ersten beiden Röhrchen einzelne Kolonien von Gonokokken oder deren Verunreinigung, Bakterien anderer Art, in Röhrchen 3 bloß einzelne Luftkeime und Staphylokokken. Die Kontrollröhrchen hingegen zeigen nach 36 Stunden zahlreiche Gonokokken und einzelne Staphylokokken.

Anordnung A und B, Serie V, Versuche mit der Kombination von H_2O_2 und Methylpropylphenol.

Versuch 9: Es wurde vom Eiter einer frischen, unbehandelten Gonorrhöe eine kleine Menge in eine Kombination von 6% Wasserstoffsuperoxydlösung mit 1% iger Lösung von Methylpropylphenollösung in 60% Glyzerin aufgelöst (die Mischung wurde vorerst nochmals sterilisiert), in ein steriles Uhrschälchen geworfen und wieder je $\frac{1}{2}$, 1, 2 und 5 Minuten dort belassen, hierauf mit steriler Kochsalzlösung gewaschen, und damit Serumagarröhrchen beschickt. In keinem der 4 Röhrchen sind irgendwelche Keime, weder Gonokokken, noch andere Keime aufgegangen: bloß in Röhrchen 3 waren offenbar zwei, während der Prozedur hineingelangte Luftkeime am Rande des Nährbodens aufgegangen. In den Kontrollröhrchen waren ziemlich zahlreiche Gonokokken, keinerlei Staphylokokken.

Versuch 10: In Versuch 10 wurde dieselbe Lösung in der zweiten An-

ordnung angewendet, dabei wurde die Lösung in die kurz vorher mit Eiter bestrichenen Röhrchen langsam eingelassen, und letztere nach verschiedenen Zeiträumen umgedreht, so daß die desinfektorische Lösung außer Kontakt mit dem Aufstrich stand, dann ausgegossen und mittels Pipetten nachgewaschen. In keinem der 4 Röhrchen entwickelten sich irgendwelche Keime. In den 2 Kontrollversuchen hingegen ziemlich zahlreiche Gonokokken vereinzelt Staphylokokken.

Anordnung B und A, Serie V und VI, Versuche mit der Originaltropfflüssigkeit des Virilact.

Versuch 11: Es wurden die 4 Proberöhrchen mit dem Eiter einer frischen, unbehandelten Gonorrhöe mit zahlreichen Gonokokken im Sekrete, ebenso die beiden Kontrollröhrchen beschickt. Es wurde die Originalflüssigkeit der kleinen Tuben und gewöhnlich in jedes Röhrchen etwa 3 g hineingeschüttet, durch langsames Drehen der Röhrchen in horizontaler Lage je $\frac{1}{2}$, 1, 2 bis 5 Minuten mit dem Ausstrich in Kontakt gelassen, hierauf die Flüssigkeit vorsichtig ausgegossen und nun mit steriler Kochsalzlösung aus einer Pipette 3 mal nachgewaschen. Es zeigte sich, daß in keiner der 4 Röhrchen irgendwelche Keime, insbesondere Gonokokken oder Staphylokokken, aufgegangen waren. In den Proberöhrchen waren reichlich Gonokokken, und in einem auch ein Staphylococcus aufgegangen.

Versuch 12: Mit dem Eiter desselben Patienten wurde in der erst angeführten Anordnung, Einbringen der Eiterbröckel in die sterile Kochsalzlösung, von dieser in die Desinfektionsflüssigkeit, und von dieser wieder zurück in Kochsalzlösung, der Eiter für die Kontrollröhrchen dagegen nur vorher in Kochsalzlösung gebracht. Auch hier zeigte sich, daß in keinem der 4 Röhrchen Gonokokken oder Staphylokokkenkolonien aufgegangen waren. Die Kochsalzlösung sollte gewissermaßen als Ersatz für die normale Schleimflüssigkeit der Mukosa, zugleich zum besseren Ausstreich der oft trockenen Bröckel dienen, was, wie die Kontrollröhrchen zeigten, der Reinkultivierung nicht abträglich war.

Ergebnis der Kulturversuche.

Aus den vorbeschriebenen Kulturversuchen zeigte sich, daß die Einzelbestandteile H_2O_2 sowohl in 10% - als 6% iger Solution (benützt wurde nur die Verdünnung der Merkschen 30% igen H_2O_2 mit Paraffinverschluß) als auch eine ad hoc angefertigte, sterilisierte 1% ige Lösung von Methylpropylphenol, in Wasser bei 2—5 Minuten Einwirkung ausnahmslos bei $\frac{1}{2}$ —1 Minute Einwirkung nur in einem Teile doch auch in der Mehrzahl der Versuche auf Gonokokken wie Staphylokokken des Eiters vernichtend gewirkt hatten.

Es hatte sich ferner gezeigt, daß bei Verwendung der Kombination beider, ebenso wie bei Verwendung der Originalflüssigkeit der Tuben Virilact selbst, schon der Kontakt von 1 Minute, so auch 2 und 5 Minuten, zur völligen Keimtötung ausreichten, ja, daß auch in den meisten Fällen schon eine halbe Minute Kontakt genügten, um die Gonokokken, nicht aber um die Staphylokokken zu sterilisieren. Jedenfalls ist also ein mindestens 2 Minuten oder auch länger weilendes Verweilen in der Des-

infektionsflüssigkeit notwendig, um frei darin suspendierte Gonokokken oder Staphylokokken zu avirulisieren, d. i. für den besten künstlichen Nährboden wachstumsunfähig zu machen. Freilich, ob dies auch für das Schleimhautepithel gilt, läßt sich durch derartige, uns allein zugängliche Laboratoriumsversuche nicht erweisen.

In einer größeren Anzahl von Vorversuchen ähnlicher Anordnung, die mit nur etwas älteren, d. i. schon seit mehreren [von 3—12] Stunden im Brutofen zum beginnenden Auskeimen gebrachten Gonokokkenmaterial angestellt worden war, hatte es sich auch gezeigt, daß weder die Einzelbestandteile, noch die Kombination beider, bzw. die Originalflüssigkeit aus den Tuben, ein regelmäßiges und gleichmäßiges Abtöten der Keime aus dem Aufstriche zufolge hatte. In nicht ganz regelmäßiger Weise, aber doch je nach der verschiedenen Dauer des Kontaktes, waren doch vereinzelte Kolonien von Gonokokken oder Staphylokokken in der Tiefe zum Wachsen gekommen.

Von der ausführlichen Beschreibung dieser Vorversuche sehe ich hier ab. Sie entsprechen ja nur der Tatsache, daß jegliche Desinfektion, wohl auch die seinerzeit von Friedheim, Schäffer, Thalmann u. a. mit verschiedenen Silberverbindungen gemachten Versuche, bei älter gewordenen und intensiver gewachsenen Kulturen nicht genügende Sicherheiten für die Durchdringung der Kolonie, wegen deren bereits erfolgten Tiefenwachstum gibt.

Da jedoch die prophylaktische Einträufelung unmittelbar nach der Kontamination erfolgt, wo ein Tiefenwachstum noch nicht statt haben konnte, beeinträchtigt dieser negative Ausfall den Wert der positiven Ergebnisse bei frisch aufgestrichenem, durch die Kochsalzlösungen feuchten, virulenten Eiter durchaus nicht.

Als mindeste Dauer der Einwirkung dürfte 3 Minuten wohl das Richtige sein.

Mag den Ergebnissen der hier beschriebenen Versuche auch mancher kritische Einwurf entgegengesetzt werden, insbesondere der Mangel an Tiefenwirkung des Virilact, wie sie dem Argent. nitr. und dessen Eiweißverbindungen, auch dem Ag-phosphor, Äthylendiamin (Argentamin) mit mehr oder weniger Recht dagegen seinerzeit zugeschrieben wurde, so handelte es sich ja doch meines Erachtens nach ausschließlich um eine Oberflächendesinfektion.

Das günstigste Ergebnis der Versuche an den Kranken, im Zusammenhange mit den ermunternden, bakteriologischen Ergebnissen, vor allem aber die völlige Reizlosigkeit und Unschädlichkeit des Verfahrens, scheinen mir Berechtigung zu geben, das prophylaktische Desinfektionsverfahren mit „Virilact“ den Fachkollegen und weiteren ärztlichen Kreisen zur Nachprüfung zu empfehlen.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Über pharmakodynamische Einflüsse auf den opsonischen Index**, von A. Strubell. (Med. Klinik. 1912. Nr. 35.)

Die umfassenden, während zweier Jahre durchgeführten Untersuchungen führten zu dem Resultat, daß Jodpräparate verschiedenster Natur bei jeglicher Darreichungsform beträchtliche Schwankungen der opsonischen Immunität, besonders gegen Staphylokokken, hervorrufen können. Biberstein-Gleiwitz.

- 2) **Topische Bakteriotherapie der Haut**, von J. Peyrí. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Die Ähnlichkeit der infektiösen Prozesse der Haut und des Verdauungstraktus führten Verf. dazu, eine örtliche Bakterientherapie an der Haut zu versuchen mit massiven Quantitäten von harmlosen Keimen, geradeso wie bei der Bakterientherapie der Eingeweide. Bei oberflächlichen Pyodermiden brachte Anwendung der Bierhefe stets und die der Milchsäurefermente (*Bacillus bulgaricus*, Milchsäurebacillus von Metschnikoff und *Bacterium paralacticum*) im allgemeinen in topischer Anwendung eine raschere Heilung zustande als die sonst übliche Therapie; bei tiefer sitzenden Prozessen trat eine Besserung der oberflächlichen Läsionen ein. Bei allen Prozessen, die mit Seborrhoe — Seborrhoea und Seborrheides — zusammenhängen, stellten die Solutionen von Kulturen des bulgarischen Bacillus in Milch ein gutes Heilverfahren dar, wodurch eine günstige Umwandlung herbeigeführt wurde. Einreibungen mit von entzündlichen Tonsuransformen erlangten Staphylokokkenkulturen konnten einen günstigen Einfluß auf nicht entzündliche Trichophytien ausüben, wenn man sie in Form eines feuchtwarmen Verbandes auflegte; die Resultate waren aber unbeständig.

Schourp-Danzig.

- 3) **Über die Ätiologie und Pathogenese der spitzen Kondylome**, von C. Cronquist. (Malmö 1912.)

Verf. glaubt, durch eigene klinische und experimentelle Untersuchungen die Balanitis bzw. Vulvitis als Ursache der Entstehung von spitzen Kondylomen bezeichnen zu dürfen. Sie treten vor allem im Verlaufe von gelinden, wenig Beschwerde verursachenden Balanitiden auf. J.

- 4) **Über urämische Geschwüre auf der Schleimhaut der Scheide**, von H. Eichhorst. (Med. Klinik. 1912. Nr. 38.)

Den Berichten von urämischen Nekrosen und Verschwärungen auf der Schleimhaut des Kehlkopfes, der Wange, der Zunge, des Darmes und auf der Haut fügt Verf. als bisher einzig bekannte seine Beobachtung von Scheidengeschwüren hinzu, für die sich auch bei der Obduktion keine andere Ursache als die Urämie nachweisen ließ.

Biberstein-Gleiwitz.

- 5) **Pigmentation des muqueuses de cause inconnue**, par O. Crouzon. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1912. 24. Mai.)

Einem von Dufour und Alardo beschriebenen analoger Fall bei einer 30jährigen Patientin. Es handelt sich um eine Pigmentierung der Mundschleimhaut (Lippen und Wangen) und der Vulvaschleimhaut. Keine Melanodermie der Haut. Es fehlen auch die Zeichen der Addisonischen Krankheit, es handelt sich auch nicht um phtiriasische Melanodermie. Irgend eine der anderen gewöhnlichen Ursachen der Melanodermien ist auch nicht auf-

findbar. Es dürfte sich sonach um eine Schleimhautpigmentierung unbekannter Ursache handeln.

H. Netter-Pforzheim.

- 6) **Erworbene Überempfindlichkeit der Haut**, von Stein. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Im Anschluß an die Arbeit von Sauerland (vgl. Referat in diesem Centralbl. XV. S. 295) teilt Verf. mit, daß sich bei ihm nach 7jährigem Gebrauch von Sublimat eine derartige Überempfindlichkeit herausstellte, daß schon ein Eintauchen einer Fingerspitze in eine Lösung genügte, um ein Ekzem hervorzurufen. Die Überempfindlichkeit trat zuerst auf nach 1½jähriger intensiver Beschäftigung mit Röntgenstrahlen und ist hierauf vielleicht zurückzuführen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 7) **Klinische Erfahrungen mit dem Protargol auf chirurgischem Gebiet**, von Sitzler. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 40.)

Bei einer größeren Anzahl schmierig belegter eitrig-er Wunden wurde Protargol rein als Streupulver mit bestem Erfolg angewendet. Leichtes Brennen verschwand gewöhnlich in einer Stunde.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 8) **Hautreiz bei Windpocken**, von Feilchenfeld. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 34.)

Bei einem 8jährigen Knaben erfolgte ein starker Ausbruch von Windpocken am Knie, das einige Zeit wegen einer Verletzung mit Liq. alum. acet.-Umschlägen behandelt war. Die Zahl der Eruptionen am Knie kam der Zahl der am übrigen Körper befindlichen fast gleich.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 9) **Was jeder junge Mann zur rechten Zeit erfahren sollte**, von J. Hastreiter. (München, Reinhardt, 1912. 3. Aufl. 1,50 Mk.)

In gemeinverständlicher Darstellung hat Verf. das Thema eingehend behandelt, so daß es von uns dem Laien als Nachschlagebuch in gesunden und kranken Tagen warm empfohlen werden kann.

J.

Entzündliche Dermatosen.

- 10) **Ein Fall von Leiomysitis cutis (Dermatomyositis) parenchymatosa chronica primaria**, von K. Sakurane. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Der 55jährige Patient erkrankte unter Frösteln und Fieber seit 8 Jahren von Zeit zu Zeit anfallsweise an indurierten Hauteruptionen in der Gegend der Geschlechtsorgane und am Gesäß. Stechende Schmerzen, Ödeme und Zyanose pflegten dabei an verschiedenen Stellen aufzutreten. Die mikroskopische Untersuchung ergab fettige Degeneration der glatten Muskelzellen.

- 11) **Epidermolysis bullosa hereditaria**, von E. Hoffmann. (Sitzungsbericht der Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde zu Bonn am 22. Jan. 1912.)

Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria bei einem Säugling, der schon bei der Geburt die charakteristischen Zeichen der Erkrankung darbot.

Lilienstein-Berlin.

- 12) **Inoculazioni di verruche filiformi**, per Tuccio-Coppolino. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Verf. litt an weichen und filiformen Warzen in der Hals- und Bartgegend. Er verrieb eine Emulsion dieser Warzen mit physiologischer Kochsalzlösung bei sich und fünf anderen Personen in Skarifikationen der Oberarme und bei vier Kaninchen an der Innenfläche der Ohren. Bei den Tieren

wurden keine Resultate erzielt, ebensowenig bei zwei Versuchspersonen. Dagegen stellten sich beim Verf. und drei anderen Personen wieder weiche Warzen ein, die in dem eigenen, am genauesten beobachteten Falle 5 Monate nach der Impfung auftraten, kleine, etwas braune, glänzende, in Reihen angeordnete Knötchen darstellten, die nach weiteren 6 Monaten Stecknadelkopfgröße erreicht hatten und dann unter Abschuppung, Aufhellung und Verlust des Glanzes sowie leichtem Jucken zurückgingen. 13 Monate nach der Impfung sind sie völlig verschwunden.

Dreyer-Cöln.

- 13) **Un caso di acanthosis nigricans**, per Cavagnis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Bei einem jetzt 31 Jahre alten Maurer entstand im Alter von 3 Jahren eine Pigmentierung an Hals, Achseln, Stamm und Leisten von bräunlichem Ton. An denselben Stellen bildeten sich später papilläre, hornige Exkreszenzen, die das Bild der Acanthosis nigricans hervorriefen. Histologisch wurden an mehreren vom Hals exstirpierten Stücken eine hypertrophische Hornschicht, die besonders in den interpapillären Furchen verdickt ist, Fehlen jeder Parakeratose, wenige eleidinhaltige Zellen, Verminderung des Stratum granulosum, Verstärkung des Rete besonders in den interpapillären Spalten, Fehlen jeder Infiltration bis auf geringe Zellbildung um die Gefäße, intrazelluläre Pigmentanreicherung im Rete und in Zellen der Papillen, verlängerte und hypertrophische Papillen gefunden. Der Beginn in der Jugend, der Mangel von Jucken und Organerscheinungen ist bemerkenswert und charakterisiert diese Gruppe von Fällen, die denen gegenüberstehen, welche mit Tumoren einhergehen.

Dreyer-Cöln.

- 14) **Über epidemisches Auftreten von seborrhoischem Ekzem**, von Bruhns und Cohn. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Bei 29 von 35 Kindern einer Klasse trat ein seborrhoisches Ekzem auf. Eine Abhängigkeit des Ausschlages im Gesicht von einer Kopfseborrhoe ließ sich nicht feststellen. Pilzelemente ließen sich weder durch Kultur noch mikroskopisch feststellen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 15) **Xeroderma pigmentosum cum carcinoma et cornu cutaneum**, von K. Dohi und H. Kohda. (Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Urol. VI. 1912. Fasc. 12.)

Bei dem an Xeroderma leidenden Manne entwickelten sich allmählich im Verlaufe von 5—6 Jahren Karzinome an Augenlidern und Ohrklappen. Eigenartig war bei dem gleichen Patienten ein daumenspitzen großes Hauthorn am Oberarm, der außerdem an der Streckseite linsenähnliche Flecke zeigte. Die xerodermatischen Handrücken trugen hornige Warzen, die sonst normale Streckseite der Oberschenkel einen Lichen pilaris, die Fußrücken ichthyotische Erscheinungen. Die papilläre Wucherung wurde durch Radium günstig beeinflusst.

J.

- 16) **Ein Fall von Granuloma teleangiectoticum manus**, von Tadda. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Genauere Beschreibung eines Falles von Granuloma teleangiectoticum, das in der Vola manus lokalisiert war. Es gelang leicht, die von Schridde beschriebenen Gebilde nachzuweisen. Ob sie ätiologische Bedeutung haben, darüber zu urteilen fühlt sich Verf. nicht berufen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 17) **Ein Fall von Cornu cutaneum**, von S. Matsumoto. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. VI. 1912. Fasc. 12.)

Der 54jährige Patient hatte seit seinem 20. Lebensjahre bohngroße, harte, unter der Haut verschiebbare Tumoren auf der Wange beobachtet. Im 30. Jahre durchbrachen diese Geschwülste die Oberfläche, nahmen an Größe zu und vermehrten sich bis zu 10 Tumoren. Verf. nahm die Exstirpation derselben vor.

J.

- 18) **Fibroma subcutis**, von M. L. Heidingsfeld. (American Journ. of Cutan. Dis. includ Syph. 1912. Juni.)

Bei der sonst gesunden Frau entwickelte sich während mehrerer Jahre ganz allmählich ein kleiner Tumor am linken Mittelfinger, der unter normaler Haut verschieblich, weich, rund und umschrieben erschien. Nach der Exzision, die mit glatter Heilung verlief, erwies sich diese Wucherung histologisch als ein im areolären Bindegewebe zwischen Pars papillaris und Corium eingebettetes Fibrom von fast rein fibröser, nur wenig zellulärer Struktur, ohne irgendwelche Bakterien. Alle Hautschichten waren normal.

J.

- 19) **Sarcoma fusi-gigantocellulare della pelle**, per Pasini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Bei einer 23 Jahre alten Frau findet sich an der Außenseite des linken Oberschenkels zwischen unterem und mittlerem Drittel eine 2 cm im Durchmesser fassende, 5—6 mm hohe, etwas gerötete Geschwulst von hart elastischer Konsistenz. Der leicht druckempfindliche Tumor gehört der Cutis und Subcutis an und ist mit diesen Hautteilen fest verwachsen. Nach Exstirpation der Geschwulst entsteht wenige Monate später in der Narbe ein fast gleichartiges Rezidiv. Nach nochmaliger Entfernung desselben mußte wegen eines schon nach 14 Tagen entstandenen neuen Rezidivs ein neuer Eingriff vorgenommen werden, wobei die Aponeurose und ein Teil des Vastus externus entfernt wurde. Seitdem ist ein Rezidiv — es sind jetzt 5 Jahre vergangen — nicht eingetreten. Subkutane und intraperitoneale Übertragungsversuche mit den exstirpierten Stücken auf Kaninchen und Meerschweinchen führten zu keinem Resultat. Histologisch zeigten die Knoten polymorphe Zellformen, besonders regelmäßige Spindelzellen mit feingranuliertem Protoplasma und zentralem ovalen Kern. Etwas größere Zellen hatten unregelmäßige Spindelform mit lang ausgezogenen Enden und großen, blassen, ovalen, feingranulierten bläschenförmigen Kernen. Die Spindelzellen waren in Bündeln längs der Gefäße namentlich angeordnet. Außerdem waren noch runde, elliptische, birnförmige oder polyedrische, sehr große, feingranulierte Zellen vorhanden, die große Kernmassen enthielten. Sie lagen teils zwischen den Spindelzellen oder bildeten Gruppen für sich. Daneben fand sich ein spärliches fibrilläres Stützgewebe, zahlreiche Gefäße, große und kleine mononukleäre Rundzellen, einige neutrophile polynukleäre Zellen und selten eine Plasmazelle. Im Gegensatz zu anderen beschriebenen solitären Sarkomen der Haut ging das vorliegende nicht von einem Naevus aus, saß nicht an Kopf oder Füßen, neigte nicht zur Ulzeration und zeigte histologisch Abweichungen von dem Rundzellen- und Spindelzellentyp, den Perrin und Pelagatti beschrieben haben. Da histologisch ähnliche Geschwülste, vom Knochen ausgehend, bekannt sind, schreibt Verf. den Ausgang der Geschwulst der vom Darmbeinkamm ausgehenden Faszie oder einem Ausläufer derselben zu.

Dreyer-Cöln.

Neuritische Dermatosen.

- 20) **Prurigne e leucemia**, per Copelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Patientin erkrankte vor 6 Jahren während einer Schwangerschaft mit starkem Jucken an den Fingern, am Dorsum der Hände, an Vorderarmen und Hals, wo bald darauf zahlreiche kleine Papeln und Bläschen entstanden. Am Ende der Schwangerschaft verschwanden die Symptome und kehrten im Puerperium wieder. Bald darauf traten in Ellbeugen und am Hals Drüenschwellungen auf, um alsbald wieder zu verschwinden. In den letzten 3 Jahren treten von pruriginösen Papeln häufig begleitete Juckanfälle auf, wobei sich die Drüsen zeitweise vergrößern. Die erwähnten Papeln zeigen histologisch Hyperkeratose, Parakeratose, Akanthose, in den oberen Cutisschichten Wucherung des perivaskulären Bindegewebes, außerdem seröse und leukozytäre Infiltration sowie Erweichung und Bläschenbildung in der Epidermis. Das Blutbild zeigte eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen, besonders eine Eosinophilie und Auftreten unfertiger Formen. Dabei besteht eine Milzvergrößerung.

Dreyer-Cöln.

- 21) **Beitrag zur Histopathologie des Herpes zoster**, von E. Hoffmann und Friboes. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIII.)

Ausführliche Darstellung der histologischen Details von an den verschiedensten Stellen lokalisierten Herpes zoster-Erkrankungen. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß primär eine starke, bis weit in die Tiefe reichende vaskuläre Entzündung mit sekundärer Blasen- und Nekrosenbildung für den Prozeß charakteristisch ist, im Gegensatz zu der von Lesser und Neisser vertretenen Theorie der primären Nekrosen und reaktiven Entzündung. Für die Ätiologie der Erkrankung hat sich kein neues Moment ergeben.

Lilienstein-Berlin.

- 22) **Über die günstige Beeinflussung des Pemphigus nach Salvarsan**, von Stümpke. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 27.)

Verf. sah in 2 Fällen fast momentanen Rückgang sämtlicher Erscheinungen nach Salvarsan, das er in Dosen bis 0,6 g, die event. zu wiederholen sind, intravenös empfiehlt.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 23) **La statistique du lupus vulgaire**, par Petersen. (Presse médicale. 1912. Nr. 35.)

Für die verschiedenen Länder existiert bis jetzt keine Statistik des Lupus vulgaris, und um über die Verbreitung des Lupus ein Urteil zu gewinnen, muß man die Zahlen der Lupusfälle unter den vom Militärdienst Zurückgewiesenen heranziehen. In Rußland finden sich unter diesen jedes Jahr über 1500 Lupusranke. Der Lupus ist eine Krankheit der Dörfer, er ist weit seltener in den Städten. Es scheint, daß er dort, wo Viehzucht getrieben wird, viel häufiger ist. Verf. hat den Eindruck, daß der Lupus durch den Bacillus der bovinen Tuberkulose hervorgerufen wird. H. Netter-Pforzheim.

- 24) **Lupus miliaris disseminatus faciei auf dem Lymphwege entstanden**, von G. B. Dalla Favera. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 33.)

Fall einer 56jährigen Frau mit Lungenspitzenaffektion und Lupus vulgaris der Nasenschleimhaut, bei der im Anschluß an wiederholte Erysipelattacken

in ziemlich akuter Weise eine über das ganze Gesicht verbreitete Eruption von disseminierten Effloreszenzen auftrat, welche miliaren Lupusflecken und -knötchen vollkommen glichen. Tuberkulinreaktion, histologische Untersuchung, Bazillenbefund und Tierversuch bestätigten die tuberkulöse Natur der miliaren Herde.

Schoürp-Danzig.

- 25) **Untersuchungen über den Typus der Tuberkelbazillen bei Lupus vulgaris**, von Rothe und Bierotti. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Das Verhältnis der beiden Tuberkelbazillentypen zueinander nach der Häufigkeit ihres Vorkommens als Lupuserreger stellt sich bei 27 Fällen derartig, daß eine humane Infektion in 23 Fällen = 85,2%, eine bovine Infektion in 4 Fällen = 14,8% vorlag. Ein von vornherein sehr üppiges Wachstum auf Glycerinbouillon unter Faltenbildung spricht mit Sicherheit gegen Typus bovinus, ebenfalls Wachstum auf albumosefreiem Nährboden. Dagegen schließen zartes Wachstum auf Glycerinbouillon und das Ausbleiben des Wachstums auf albumosefreiem Nährboden die Diagnose Typus humanus nicht unbedingt aus, wenn auch beides für humane Tuberkelbazillenstämmen ein seltenes Vorkommnis bedeutet. Ausschlaggebend bleibt für die Typusbestimmung der Ausfall der subkutanen Kaninchenimpfung mit Reinkultur in der Dosis von 10 mg.

Schoürp-Danzig.

Gonorrhoe.

- 26) **Über den Einfluß gallensaurer Salze auf Gonokokken**, von A. v. Karwoski. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Bei einem gonorrhöisch infizierten Patienten trat Icterus auf; danach schwanden die Gonokokken wider Erwarten schnell und dauernd. Das gleiche beobachtete Löhlein bei 2 Fällen von hochgradigem Icterus neonatorum bei gleichzeitig bestehender Conjunctivitis blennorrhöica.

Schoürp-Danzig.

- 27) **Zur „diätetischen“ Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglingsalter**, von Nothmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 39.)

Verf. sah zufällig bei Übergang der Ernährung auf Malzsuppe ($\frac{1}{3}$ Liter Milch, $\frac{2}{3}$ Liter Wasser, 100 g Loefflunds Malzsuppenextrakt, 50 g Weizenmehl) eine bemerkenswerte Besserung des Krankheitsprozesses eintreten. Sie beruht auf Zunahme der Alkaleszenz des Urins, wahrscheinlich hervorgerufen durch den Gehalt des Malzextraktes an Calcium carbonicum. Verf. glaubt, daß diese Diätbehandlung in geeigneten Fällen gute Dienste leisten kann.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 28) **Über Hexal (sulfosalizylsaures Hexamethylenetetramin)**, von Seegers. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Verf. wandte Hexal mit gutem Erfolge (2—3 g pro die) bei Blasenkatarrhen an. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Nur eine Patientin bekam einen sehr heftigen Schnupfen, der sich wieder einstellte, als das Präparat nach Aussetzen wieder gegeben wurde.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 29) **Über die spezifische Behandlung der weiblichen Gonorrhoe**, von Schmitt. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 29.)

Nach Verf. kann durch Vakzination die Zervixgonorrhoe in einem Teil der Fälle günstig beeinflußt werden; ebenso ein Teil der Fälle von Vulvovaginitis der Kinder.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 30) **Ein modifiziertes Goldschmidtsches Instrument zur Untersuchung und Behandlung der vorderen Harnröhre**, von Schlenzka. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 30.)

Beschreibung und Abbildung des in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 11. April 1912 (vgl. Referat in diesem Centralbl. XV. S. 352) demonstrierten Instruments. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 31) **Über Gonokokkenvakzin als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel**, von Ziemann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Verf. sah bei Einträufelung von Vakzin in den Konjunktivalsack in 60,5% der Fälle eine leicht entzündliche Rötung, die nie bei nichtgonorrhoeischen Personen beobachtet wurde. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 32) **Über eine Modifikation der Gramfärbung, besonders mit Rücksicht auf die Gonokokkendiagnose**, von Jensen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Die Technik verläuft folgendermaßen: 1. Aufstreichen in dünner Schicht auf das Objektglas. 2. Lufttrocknen. 3. Flambieren. 4. Nach Abkühlung Aufgießen einer $\frac{1}{2}\%$ igen wäßrigen Methylviolettlösung und Stehenlassen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute. 5. Abspülen mit Jodjodkalilösung (1:2:100). 6. Aufgießen eines neuen Quantums und Stehenlassen $\frac{1}{2}$ —1 Minute. 7. Abspülen mit Alcoh. absol. 8. Entfärben mittels einiger Tropfen Alcoh. absol. und Schütteln; wiederholtes tropfenweises Aufgießen außerhalb des Aufgestrichenen. 9. Aufgießen einer 1% igen wäßrigen Neutralrotlösung und Stehenlassen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute. 10. Abspülen mit Wasser. 11. Abdrücken mit mehrschichtigem Filtrierpapier. 12. Lufttrocknen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Syphilis.

- 33) **Natürlicher Magensaft bei der Serodiagnose der Syphilis**, von Manoiloff. (Centralbl. f. Bakteriologie. LVII. H. 5.)

Verf. verwendete statt des gewöhnlichen Ambozeptors natürlichen Magensaft oder Hundemagensaft und hatte hiermit die gleichen guten Resultate. Am günstigsten zeigte sich die Verdünnung des Magensaftes 1:100. Auch mit Dezinormalsäure konnte Hämolyse bei Luetikern erzielt werden, nur war die Reaktion nicht so deutlich. Pürckhauer-Dresden.

- 34) **Über Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis**, von Fr. Bering. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 9.)

Bei der erworbenen Lues kommen Gelenkerkrankungen vor, die weder der Früh- noch der Spätsyphilis zuzurechnen sind. Zuweilen treten die Erscheinungen akut, in der Mehrzahl der Fälle aber chronisch auf; es bilden sich im Verlauf von Wochen unter nur geringen subjektiven Beschwerden Schwellungen der Gelenke aus. Wahrscheinlich hat die Gelenklues ihren primären Sitz in der Gelenkkapsel. Die Diagnose ist nicht immer leicht. Wird sie frühzeitig gestellt, so ist die Prognose günstig. Unbehandelte Fälle endigen schließlich mit schweren Gelenkstörungen. Schourp-Danzig.

- 35) **Alteration des Nabelstranges bei Syphilis**, von Dominici. (Virchows Archiv. CCVI. H. 3)

Der Nabelstrang eines syphilitischen Fötus ist meist doppelt so stark als der eines normalen. Das placentare Ende ist der Hauptsitz der Veränderungen. Syphilisspirochäten wurden gefunden auch in Nabelsträngen, in denen gummöse Veränderungen nicht vorhanden waren. Finden sich

Pallidae in den inneren Organen des Fötus, so sind sie auch stets in der Nabelschnur nachweisbar. Bei Verdacht auf Lues ist, selbst wenn der Neugeborene keine syphilitischen Erscheinungen aufweist, stets die Nabelschnur auf Syphiliserreger zu untersuchen.

Pürckhauer-Dresden.

36) **Le pronostic général de la syphilis**, par M. A. Bayet. (Journ. Méd. de Bruxelles. 1912. Nr. 2.)

In Großstädten kann man im Durchschnitt mit 20 % Luetikern rechnen, in der Landbevölkerung ist die Syphilis weniger verbreitet. Von 100 Luetikern stirbt mindestens der dritte Teil an den Folgen der Erkrankung. Nächste der Tuberkulose hat die Syphilis die größte Mortalitätsziffer. Von inneren Organen werden am meisten befallen das Zentralnervensystem (Tabes, Paralyse, Konvexitätsmeningitis, Hirntumoren, Meningo-Myelitis, periphere Neuritis, Friedreichsche Ataxie, dann das Gefäßsystem (Aortenaneurysma, Arteriosklerose, Mesarteriitis Heller, Myokarditis, Koronarsklerose), die Leber und Niere (interstitielle Erkrankungen). In Anbetracht dessen, daß das pathologisch-anatomische Bild vieler innerer Erkrankungen ätiologisch Lues nicht ausschließt, ist es unbedingt erforderlich, daß bei jeder inneren Erkrankung die Wassermann-Reaktion ausgeführt wird. Die Frage, ob eine Erkrankungluetischen oder anderen Ursprungs ist, wird mit Sicherheit erst dann festgestellt werden können, wenn eine energisch durchgeführte antiluetische Behandlung die Syphilis ausschließen kann.

Pürckhauer-Dresden.

37) **Absence de déviation du complément en présence des antigènes syphilitiques chez un malade atteint de bilharziose**, par Roussac et Payan. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXX.)

Auf Grund der bisher bei gewissen parasitären Erkrankungen (Trypanosen) gefundenen Serumreaktionen bei Gegenwart syphilitischer Antigene, die als Komplementbindung sich charakterisierten, konnte man erwarten, bei Bilharziosis dieselbe Erscheinung zu finden. Die Verf. sahen jedoch, als sie das Serum eines derartigen Patienten nach der Methode von Hecht-Bauer untersuchten, in allen Probierröhrchen, in denen das Serum mit syphilitischen Antigenen in Berührung gekommen war, vollständige Hämolyse eintreten; die Komplementbindung war also hier vollständig ausgeblieben.

Solger-Neiße.

38) **Gelungene Verimpfung von Blut, Blutserum und Sperma syphilitischer Menschen in die Hoden von Kaninchen**, von Uhlenhuth und Mulzer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 4.)

Impfungen mit Blut, Blutserum und Sperma, die mikroskopisch spirochätenfrei waren, ergab in mehreren Fällen positive Resultate. Es ist also Blut, Blutserum und Sperma von Syphilitikern der sekundären Periode, auch wenn anscheinend keine Spirochäten in ihnen nachweisbar sind, unter Umständen infektiös.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

39) **Zur Enesolbehandlung bei metasymphilitischen Erkrankungen**, von Vorbrodt und Kafka. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 3.)

Die Verf. können eine Enesolbehandlung bei Paralyse als aussichtsvoll in irgend einer Hinsicht nicht empfehlen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

40) **Zur Frage der „verfeinerten Wassermannschen Reaktion“ (Kromayer und Trinchese)**, von A. Alexander. (Med. Klinik. 1912. Nr. 19.)

Die in der Med. Klinik. 1912. Nr. 10 von Kromayer und Trinchese diskutierte Verfeinerung der Wassermann-Reaktion bedeutet einen Fortschritt und läßt sich durch entsprechende Anpassung der Ambozeptordosis an das jeweilige Komplement weniger kompliziert gestalten. Einer größeren Reihe

von Kontrolluntersuchungen bedarf es, um den Wert der Verwendung größerer Serumdosen und der Wechselmannschen Baryumsulfatmodifikation zu erhärten.

Biberstein-Gleiwitz.

- 41) **Die Wassermannsche Syphilisreaktion mit aktiven Seren**, von H. Hecht und O. Lederer. (Med. Klinik. 1912. Nr. 19.)

Die Tatsache, daß jeder Extrakt eine bestimmte Reaktionsbreite hat, veranlaßte die Verf., auch mit aktiven Seren die Versuchsdosis einiger Extrakte und die für Lues spezifische Reaktionsbreite zu finden. Untersuchungen an 220 Sera bestätigten die Erfahrung, daß aktive Sera zur Serodiagnose verwendbar sind bei genauer Auswertung des Extraktes. Biberstein-Gleiwitz.

- 42) **Zur Ätiologie der Metasyphilis**, von Villinger. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 10.)

Verf. beobachtete einen Krankheitsfall, bei dem 8 Jahre nach der Infektion Anzeichen einer beginnenden Tabes (Parästhesien, Blasenschwäche, lanzinierende Schmerzen, jedoch bei Vorhandensein von Pupillar- und Patellarreflex) auftraten, die aber wieder verschwanden. Gleichzeitig klagte Pat. über Spannung und Druck in der Inguinalgegend, Symptome, die mit dem Zurückgehen der tabischen Symptome verschwanden. Dieses Symptom ist nach Verf. vielleicht so zu erklären, daß Zerfallserscheinungen der Spirochäten auftraten und dann die oben bezeichneten tabischen Symptome. Bei der Aussichtslosigkeit der Tabesbehandlung rät Verf., in solchen Fällen die Drüsen zu exstirpieren. (Praktisch wohl schwer durchzuführen. Ref.) Raff-Augsburg.

- 43) **Neuinfektion nach Abortivbehandlung der Syphilis**, von H. Hecht. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 15.)

Bei einem Patienten war es nach der Abortivbehandlung noch nicht zu Allgemeinerscheinungen gekommen. Die Wassermann-Reaktion war positiv, als er eine neue Infektion erlitt, welcher typischer Roseolaausbruch folgte. Das neueingebrachte Virus kam auf günstigem Boden zur Entwicklung und erzeugte die gleichen Erscheinungen wie bei einem syphilisfreien Individuum trotz latenter Syphilis.

Schourp-Danzig.

- 44) **Étude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique**, par J. Bobrie. (Paris, Soc. génér. d'Imprimerie et d'Édition levé, 1912.)

Die umfangreiche Arbeit beginnt mit einem historischen Überblick der Syphilis und ihrer Vererbung, um sodann an zahlreichen Fällen aus der Literatur und eigenen Beobachtungen die Anschauungen des Verf.'s zu beweisen. In bezug auf die postkonzeptionelle Syphilis sah Verf. gesunde Plazenta auch wo das Kind syphilitisch und keinerlei Behandlung erfolgt war. Die placentare Hypertrophie steht in keinem Zusammenhang mit der Schwere der fötalen Erkrankung, wird aber durch die Behandlung der Mutter wesentlich beeinflußt. Eine Infektion der Mutter bedingt stets auch die Erkrankung des Fötus, doch scheint letztere am schwersten im 3. Schwangerschaftsmonat, später immer milder aufzutreten. Eine Immunität des Fötus gibt Verf. nie zu, in den berichteten Fällen lag nach seiner Meinung nur verkannte Latenz vor. Sobald bei der Mutter ein Schanker besteht, noch vor dem Erscheinen einer Roseola, sei der Fötus miterkrankt. In der Therapie bevorzugte Verf. die unlöslichen Quecksilbersalze vor anderen Methoden. Bei hereditärer Syphilis hält Verf. nur die Infektion auf placentarem Wege für möglich und die Befruchtung des Eies durch einen Treponema-haltigen Samen für ausgeschlossen. Ausnahmen des Collesschen Gesetzes gibt er nicht zu, scheinbar gesunde Mütter syphilitischer Kinder hält er nicht für immunisiert, sondern

wie durch Leukomelanodermien und die Wassermann-Reaktion bewiesen werde, für latent syphilitisch. Die Heredodystrophie sei keine syphilitische Affektion, sondern eine Folgeerscheinung der Krankheit. J.

- 45) **Über neuere Modifikationen (Karvonen, Manoiloff) und zur Technik der Wassermannschen Reaktion**, von E. Bernhardt. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 29.)

Dem Verf. erwiesen sich die beiden Modifikationen als nicht brauchbar. Bei Manoiloffs Reaktion handelt es sich um die Verwendung natürlichen Magensaftes an Stelle des hämolytischen Ambozeptors. Nach Verf.'s Untersuchungen zeigte sich, daß durch den Magensaft kein anderes Resultat erzielt wird, als wenn man überhaupt keinen hämolytischen Ambozeptor dem Serum zusetzt. Manoiloffs Resultate sind demnach nicht durch Magensaft erzielt, sondern durch die Ambozeptoren, welche im menschlichen Serum gegen Hammelblut vorhanden sind.

Schourp-Danzig.

- 46) **Der Einfluß von Soda auf die Wassermannsche Reaktion**, von H. Mayer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 6.)

Soda hat keine hämolytische Wirkung; es bewirkt vielmehr in größeren Mengen eine sehr intensive Hemmung der Hämolyse. Zum Auskochen der Spritze zur Blutentnahme kann das Wasser mit Soda versetzt werden, und zur Ausführung der Reaktion kann die physiologische Kochsalzlösung der Pharmakopoe benutzt werden, da die dabei in Betracht kommenden Quantitäten von Soda für die Wassermann-Reaktion keine Rolle spielen.

Schourp-Danzig.

- 47) **Beitrag zur Ätiologie der Neurorezidive und zur Neosalvarsanbehandlung**, von Gennerich. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 26 u. 27.)

Um Neurorezidive zu vermeiden, muß die Salvarsanbehandlung bei frischen Luesfällen ausreichend sein. Neosalvarsangebrauch in großen Dosen und kurzen Zeitabständen erscheint nicht ganz ungefährlich. Es ist in den Dosen anzuwenden, die sich beim Altsalvarsan als zweckmäßig ergeben haben. Zu empfehlen ist es besonders in Fällen, die nach Altsalvarsan zur Cyanose neigen, und in kleineren Dosen von 0,3—0,4 bei schwächlichen Personen. Die Beeinflussung der Serumreaktion ist sichtlich geringer. Um Neurorezidive zu vermeiden, ist jede Verzettelung der Behandlung zu vermeiden und darauf zu achten, daß diese eine ausreichende Intensität erhält.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 48) **Über Neosalvarsan**, von Gutmann. (Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 31.)

Die leichte Anwendungsart ist nach Verf. ein erheblicher Vorzug des Präparates. Seine Wirkung scheint nicht hinter der des Altsalvarsans zurückzustehen. Mit Temperatursteigerungen muß auch hier gerechnet werden. Der Vorschlag Schreibers, mehrere hochdosierte Injektionen rasch nacheinander zu verabfolgen, ist nicht zu akzeptieren. Bei seiner Anwendung soll dieselbe Vorsicht walten wie beim Gebrauch des alten Präparates.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 49) **Über Neosalvarsan**, von v. Marschalkó. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 34.)

Die Anwendung des Neosalvarsans ist viel einfacher als die des Salvarsans, doch ist bei seiner Anwendung — besonders in intravenöser Form — ebenfalls Vorsicht geboten und die Anwendung zu hoher Einzeldosen überhaupt, sowie die in sehr kurzen Abständen erfolgte Wiederholung der Infusionen hier ebenso wie beim Salvarsan unbedingt zu meiden.

Schourp-Danzig.

- 50) **Kasuistischer Beitrag zu den als „anaphylaktoid“ beschriebenen Erscheinungen nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen**, von O. Brückler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 34.)

Verf. sah den von Iwaschenzow und Wechselmann neuerdings debattierten Symptomenkomplex nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen unter 100 Patienten neunmal, und zwar bei Luetikern aller Stadien, jeden Geschlechts und Alters. Eine klinisch nachweisbare Erkrankung des Nervensystems lag in den Fällen des Verf.'s nicht vor; eine Gleichmäßigkeit des Auftretens nach bestimmter Zeit und Dosis ließ sich nicht feststellen.

Schourp-Danzig.

- 51) **Veränderungen des menschlichen Serums nach Neosalvarsaninfusionen**, von H. Mayer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Verf. sah am Blut, das unmittelbar nach einer Infusion entnommen war, eigentümliche Erscheinungen, die bei Altsalvarsan nicht zur Beobachtung gekommen waren: hat nach einigem Stehen Serum sich von Blutkörperchen gesondert, fällt eine hochgradige Autolyse auf. Wird das Serum inaktiviert, so tritt eine tiefbraune bis dunkelgraue Verfärbung auf. Sie ähnelt auffallend derjenigen, die sich nach längerem Stehen der Neosalvarsanlösung zeigt. Vielleicht läßt sich aus dieser Erscheinung eine Methode zum Nachweis des Neosalvarsans im Serum entwickeln.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 52) **Gibt es eine toxische Wirkung des Salvarsans auf das papillo-makuläre Bündel?** von H. Gebb. (Med. Klinik. 1912. Nr. 35.)

Nach einer Übersicht über die Arbeiten hinsichtlich einer neurotoxischen Wirkung des Salvarsans auf das Auge, geht Verf. auf einen selbstbeobachteten Fall ein, durch den erwiesen wird, daß das Salvarsan nicht nur das papillo-makuläre Bündel nicht angreift, sondern im Gegenteil eine durch Lues herbeigeführte Erkrankung dieser Nervenfasern vollständig beseitigt.

Biberstein-Gleiwitz.

- 53) **Über Neosalvarsan**, von G. Castelli. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Die Versuche des Verf.'s an Kaninchen zeigen — übereinstimmend mit Wechselmann —, daß das Neosalvarsan auch in den Lumbalsack eingeführt werden kann, und daß es wegen seiner neutralen Beschaffenheit und der dadurch bedingten Herabsetzung der Irritation für die Lokalbehandlung empfindlicher Gebiete (Schleimhäute, Meningen) geeignet ist, im Gegensatz zum Salvarsan, das zu stark ist.

Schourp-Danzig.

- 54) **Liquor cerebrospinalis und Salvarsan**, von Zaloziecki. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

Verf. lehnt eine direkte Mitwirkung des Salvarsans an dem Zustandekommen der Neurorezidive ab.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 55) **Über die Wirkung des Salvarsans auf das Auge**, von O. Fehr. (Centralbl. f. Augenheilkunde. 1912. Juni.)

Bei fast 2700 mit Salvarsan behandelten Syphilitikern ist in keinem einzigen Fall eine Schädigung des Sehnerven gesehen worden. Die nach der Kur beobachteten Formen von Neuritis optica zeigten im ophthalmoskopischen Bilde und im Verlaufe dasselbe Verhalten wie die vor der Injektion entdeckten Fälle, die zum Teil anderswo schon mit Quecksilber behandelt worden waren. Ebenso hielten sich die andern nach Salvarsan aufgetretenen Augenkrankungen ganz in dem Rahmen eines reinen Luesrezidivs. Nur in einem Fall von Oculomotoriuslähmung bei einem Tabiker bestand Grund zur An-

nahme eines ursächlichen Zusammenhangs. Eine auffallende Häufung der Rezidive am Auge bei Salvarsanbehandlung ist nicht festzustellen gewesen. Auffallend ist dagegen das Seltenerwerden der Iritis wie der Neurorezidive des Sehnerven und der Augenmuskelnerven im letzten Jahr, was nur auf die jetzt geübte energischere Salvarsankur zurückzuführen ist. Die therapeutischen Mißerfolge der ersten Zeit der Salvarsantherapie dürfen zum Teil nicht dem Mittel, sondern müssen der ungenügenden Dosierung zur Last gelegt werden; denn die Heilerfolge sind mit der Vervollkommenung der Methoden bessere geworden. Die besten Erfolge sind bei denjenigen Augenerkrankungen zu verzeichnen, bei denen auch das Quecksilber Hervorragendes leistet. Die Wirkung des Salvarsans ist aber zweifellos schneller und energischer. Sie ist da von besonderem Wert, wo bei längerem Bestehen des syphilitischen Prozesses irreparable Schädigungen zu fürchten sind. Bei den Affektionen, bei denen erfahrungsgemäß die Quecksilberwirkung eine zweifelhafte ist, darf auch dem Salvarsan nicht zu sehr vertraut werden. Immerhin sah Verf. eine Reihe von Fällen, wo Jod und Quecksilber versagte und Salvarsan wirksam war. J.

56) **Salvarsan and the Wassermann test in syphilis**, by M. L. Heidingsfeld. (New York med. Journ. 1912. Mai.)

Nach den reichen Erfahrungen des Verf.'s erwies sich das Salvarsan als ein zwar nicht unfehlbares, aber doch in mindestens 80% aller Fälle wirksames Heilmittel der Syphilis. In den übrigen 20% half eine Kombination mit Hg-Gebrauch. Schädliche Nebenwirkungen sah Verf. bei sorgfältiger Technik nie, besonders waren keine Störungen der Seh- und Hörorgane zu verzeichnen. Stets erfolgte mit dem Abklingen der klinischen Symptome das Negativwerden der Wassermann-Reaktion, deren Unerläßlichkeit für die Diagnose der Syphilis Verf. lebhaft betont, ebenso wie er die ursprüngliche Methode allen Modifikationen vorzieht. J.

57) **Über Neosalvarsan**, von K. Dohi und S. Watanabe. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Um möglichst jede einzelne Dosis an jedem charakteristischen Stadium der Lues zu versuchen, wählten die Verff. Ulcus durum, Ulcus mixtum, Lippen-schancker mit gleichzeitiger Roseola am Körper, papulöse Syphilis, annuläre mit Kondylomen, Gummata, Lebersyphilis und Tabes. Die Dosis betrug 0,6 und 0,9, es wurde etwa 100 g destilliertes Wasser genommen, die Injektionen intravenös, nur einmal intramuskulär ausgeführt. Die Wirkung blieb dieselbe wie bei dem alten Salvarsan, doch sind die Einfachheit der Zubereitung, die geringere Giftigkeit, die Möglichkeit in kurzen Zwischenpausen und mit größeren Dosen zu behandeln, Vorzüge des neuen Mittels. J.

58) **Weiteres über die Salvarsantherapie in unserer Universitätsklinik**, von K. Dohi, S. Watanabe und A. Najakima. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Die Verff. geben eine Statistik ihrer 632 mit Salvarsan behandelten Patienten, unter denen sich 55 Primäraffekte, 200 sekundäre, 102 tertiäre, 174 latente, 16 hereditäre, 62 parasyphilitische Fälle und 23 andere Erkrankungen befanden. J.

59) **Über Nebenwirkungen bei intravenöser Salvarsaninjektion**, von F. Kitagawa. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Nach seinen Erfahrungen an 107 Patienten glaubt Verf., daß es für das nach Salvarsaninjektionen auftretende Fieber noch keine Erklärung gebe. Die strengste Aseptik und frischeste Zubereitung der Kochsalzlösung könne dieser

Erscheinung nicht immer vorbeugen, höchstens ließe sich eine verschiedene Disposition der Patienten annehmen. J.

- 60) **Über die Temperatursteigerung nach intravenösen Injektionen von Salvarsan**, von G. Inouye. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Verf. schreibt die Temperatursteigerungen nach intravenösen Salvarsaninjektionen weder dem momentanen Zustand des Patienten noch der Konzentration der physiologischen Kochsalzlösung zu, sondern dem Stadium der Syphilis und einer etwa vorhandenen Idiosynkrasie gegen das Mittel. Bei 400—1000facher Verdünnung und einer Temperatur der Lösung zwischen 17 und 43° C bleibt unter sonst gleichen Bedingungen die Körpertemperatur unbeeinflusst. J.

- 61) **Salvarsan gegen Initialsklerose**, von Sh. Kono. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Zwei Patienten mit Ulcus durum mit Spirochätennachweis bekamen trotz hoch dosierter Salvarsaninjektionen sekundäre Erscheinungen. Verf. empfiehlt daher die Kombination von Quecksilber- und Salvarsankur, von welcher er stets gute Erfolge verzeichnen konnte. J.

- 62) **Über das Resultat der Salvarsananwendung im Marinehospital zu Kure**, von M. Miyahara. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Im Marinehospital des Kriegshafens Kure wurden 204 Syphilisfälle mit Salvarsan behandelt. Von Neurorezidiven wurde je ein Fall von Iridochorioiditis und Retinitis beobachtet. Eine vorhandene Retinitis verschlimmerte sich nach subkutaner Injektion. J.

- 63) **Über Salvarsaninjektion gegen Syphilis, speziell über das Rezidiv von Syphilis**, von Sh. Matsumoto. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Bei seinem zahlreichen Krankenmaterial fand Verf. das Salvarsan am wirksamsten bei ganz frischer Lues. Einige Rezidive nach Behandlung im Sekundärstadium waren vielleicht durch zu geringe Salvarsandosens veranlaßt. Unter tertiären Symptomen schienen Hautgummata seltener, Knochensyphilis häufiger zu rezidivieren, Neurorezidive kamen nur vereinzelt vor. Alle wiederkehrenden Symptome verschwanden bald und restlos nach erneuten Salvarsaninjektionen, welche niemals schädliche Nebenwirkungen zeitigten. Unbeeinflusst blieben die parasymphilitischen Affektionen. J.

- 64) **Über die Behandlung, Heilung und das Rezidiv der Syphilis**, von K. Sakurane. (Japan. Zeitschr. f. Dermatologie u. Urologie. XII. 1912. Fasc. 6.)

Von den syphilitischen Patienten des Verf.'s unterzogen sich nur 7—8% einer ausreichenden Hg-Behandlung, die andern blieben bereits nach 1—5 Injektionen fort. Dieser Nachlässigkeit des Publikums schreibt Verf. die häufig beobachteten Rezidive zu. Obgleich er einige Fälle von Lues mit einer Salvarsaninjektion bis zur 1½ Jahre andauernden Symptom- und Reaktionslosigkeit heilen konnte, will er diesen Erfolg doch nicht für alle Fälle unbedingt voraussetzen, sondern empfiehlt vielmehr die kombinierte Salvarsan- und Quecksilberbehandlung als die zweckmäßigste Luestherapie. J.

- 65) **Über 77 mit Salvarsan behandelte Kranke**, von L. Ausztervell. (Pester med.-chirurg. Presse. 1912. Nr. 29.)

Unter den 77 Luesfällen verschiedenster Stadien und Formen, welche

Verf. 58mal subkutan, 11mal intravenös und 8mal mit beiden Methoden kombiniert behandelte, befand sich keiner, der nicht schnell und vorzüglich von Salvarsan beeinflusst wurde. Wo der Aufenthalt eines Patienten in der Klinik nicht tunlich ist, kann auch die intravenöse Injektion ambulant ausgeführt werden, wenn der Arzt den Kranken im Wagen nach Hause begleitet, niederlegt, in den ersten Stunden mehrmals besucht, Puls- und Herztätigkeit kontrolliert und dabei Stimulantia zur Hand hat. Dem Schüttelfrost und kurzen Fieber folgt meist bald ein ruhiger Schlaf. Verf. bevorzugte das Verfahren nach Weintraud-Assmy; einmal nach Grawitz. Selten erschien ein Serumexanthem, bei zwei sehr schwachen Patienten eine Gehirnanämie, nach subkutanen Injektionen Infiltrationen, aber niemals Hautnekrose. J.

- 66) **Beitrag zur Frage des akuten nodösen Syphilids (Erythema nodosum syphiliticum)**, von E. Hoffmann. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIII. 1912.)

In der Frühperiode der Syphilis treten bei manchen weiblichen Kranken an den unteren, seltener an den oberen Extremitäten multiple Knoten auf, die dem vulgären Erythema nodosum vollkommen gleichen. Diese Eruption ist gewöhnlich von Fieber, Periostitiden an den Schädel- und Extremitätenknochen und von Gelenkerkrankungen begleitet und reagiert prompt auf Jod und Salvarsan, wodurch auch klinisch ihre spezifische Natur erwiesen wird. Verf. polemisiert gegen die Anschauung Töröks, der diese Affektion als Frühgumma bezeichnet, womit jedoch das histologische Bild nicht im Einklang steht.

Lilienstein-Berlin.

- 67) **Über Fieber im Tertiärstadium der Syphilis**, von K. Stern. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIII. 1912.)

Bei seinem zahlreichen Krankenmaterial von syphilitischen Fällen verschiedenster Stadien beobachtete Verf. häufig während der tertiären Periode höhere oder tiefere Temperatursteigerungen, besonders oft bei viszerale Formen. Das Fehlen anderer Krankheiten und der Erfolg der spezifischen Therapie ließ die Lues als sichere Ursache des Fiebers feststellen. Ergreift die Krankheit einen besonders zur Fiebererregung disponierten Sitz, wie Luftwege, Mesenterialdrüsen, Leber, so ist das Fieber auf doppelte Weise zu erklären. Entweder ist es durch die Spirochäten und deren Stoffwechselprodukte, oder aber durch eine Sekundärinfektion bedingt. In letzterem Falle ist seine Höhe, Dauer und Widerstandsfähigkeit gegen die antiluetische Therapie auffallend. Diese Steigerung des Symptoms kann aber auch davon herrühren, daß zwei fiebererregende Faktoren, die luetische und die sekundäre Infektion zusammenwirken. J.

- 68) **Die Behandlung der bakteriellen Infektionen im Organismus durch Chemikalien**, von Blumenthal. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 32.)

Nach Verf. ist bei der Quecksilbertherapie die Leber das Organ, von dessen Funktion die Heilung der Syphilis abhängt. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 69) **Über experimentelle Syphilis bei Kaninchen**, von Finkelstein. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 32.)

Es gelang, durch Impfungen alle Grundformen der Syphilis zu erzeugen. Überall wurden Spirochäten nachgewiesen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 70) **Zur Kenntnis der Tracheitis gummosa**, von Stumpf. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 27.)

Mitteilung eines zur Sektion gekommenen Falles und ausführliche histologische Beschreibung. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 71) **Die Züchtung der Spirochaete pallida**, von Noguchi. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 33.)

Nach Ansicht des Verf.'s werden die von ihm gezüchteten Stämme den Bedingungen, welche ihre Identifizierung mit der Spirochaete pallida zulassen, gerecht, während dies bei den von Mühlens und W.A. Hoffmann gezüchteten Stämmen nicht vollständig der Fall ist.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 72) **La cure della sifilide con le iniezioni endovenose di Enesol**, per M. Agamemnone. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Die tödliche Dosis Enesol beträgt beim Hund $4-4\frac{1}{2}$ cg pro Kilo Gewicht. Das Arsen wird in der Hauptsache sowohl nach intramuskulären wie nach intravenösen Enesolinjektionen schneller ausgeschieden als Quecksilber, während die völlige Ausscheidung des Arsens länger dauert als die des Quecksilbers. Bei intravenöser Injektion erfolgt die Ausscheidung am schnellsten. Die intravenöse Injektion des Enesols geschieht in einer Serie von 10—12 Injektionen mit 1,0—4,0 ccm Enesol. Mit Zwischenräumen von 5—6 Tagen folgen ähnliche Serien, im ganzen drei bis vier mit intramuskulären oder intravenösen Injektionen. Im ganzen erhält der Patient 0,03 pro Kilogramm seines Gewichts. 53 Fälle wurden so behandelt. Roseolen dauerten selten länger als eine Woche an. Der Schanker vernarbte gleichfalls in dieser Zeit. Plaques muqueuses verschwanden in etwa 10 Tagen, tertiäre Erscheinungen noch schneller als bei Kalomelinjektionen. Fünf ohne genügenden Erfolg mit Salvarsan behandelte Fälle wurden durch Enesol ebenfalls geheilt.

Dreyer-Cöln.

- 73) **Der Wert der Wassermann-Reaktion mit nichtinaktiviertem Serum**, von R. Pereina. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Die Wassermann-Reaktion mit dem aktiven Serum war immer positiv bei den mit inaktiviertem Serum positiv reagierenden Fällen. Die Intensität der Reaktion mit dem aktivem Serum ist in der Mehrzahl der Fälle stärker als mit dem inaktivierten Serum. Die Erwärmung auf 55° zerstört einige in die Reaktion eintretende Bestandteile der syphilitischen Sera. Die Wassermann-Reaktion mit dem aktiven Serum erhöht den Wert der Reaktion, indem sie diese bestätigt und erläutert. Daher ist in der Praxis für die Wassermann-Reaktion die Anwendung des aktiven und inaktiven Serums anzuempfehlen. Die gleichzeitige Anwendung von verschiedenen Antigenen bildet einen guten Maßstab.

Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 74) **Zur Bestimmung der Residualharnmenge**, von Adrian. (Zeitschr. f. Urologie. VI. 1912.)

Bei chronischen Harnverhaltungen mit Distension der Blase, wie sie im Verlaufe von Prostatahypertrophien und Spinalerkrankungen vorkommen, ist die Bestimmung der Residualharnmenge ohne vollständige Entleerung der Blase von therapeutischem Wert. Das Prinzip der Berechnung besteht darin, daß irgend eine Substanz, z. B. Kochsalz, in einer mit dem Katheter entnommenen, genau abgemessenen Urinportion quantitativ bestimmt wird und, nachdem der Urin durch Einspritzen von destilliertem Wasser in die Blase wieder auf dasselbe Volumen gebracht ist, eine erneute quantitative Bestimmung derselben Substanz wieder in einem genau abgemessenen Harnquantum vorgenommen wird. Durch Vergleich des Gehaltes des unverdünnten und des verdünnten Urins an der betreffenden Substanz läßt sich die Menge der in

der Harnblase vorhandenen Flüssigkeit berechnen. Praktischer als die Chlorbestimmung ist die Berechnung auf Grund der spezifischen Gewichte des verdünnten und des unverdünnten Urins.

Lilienstein-Berlin.

- 75) **Zum aseptischen Katheterismus**, von Czablewski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 33.)

Verf. empfiehlt einen neuen Kathetercreme Gantesol, einen brauchbaren Creme von klarer, durchsichtiger Form und dickflüssiger Konsistenz, der ausgezeichnet an allen Instrumenten haftet und diese außerordentlich schlüpfrig und leicht gleitend macht. Gantesol enthält weder Öle noch Fette, sondern besteht aus einer Lösung von Traganth in Glyzerin mit einem Zusatz von 0,2% Hydrargyrum oxycyanatum und 1% Natrium chloratum. Fabrikant des Gantesols ist Dr. L. Oestreicher, Berlin W. 30.

Schourp-Danzig.

- 76) **Quantitative Eiweißbestimmungen im Harn und ihre praktische Brauchbarkeit**, von C. Moewes. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 22.)

Verf. prüfte an einer Reihe von Harnen und Verdünnungen von Blutsera systematisch einige bekanntere quantitative Eiweißbestimmungsmethoden nach und verglich sie mit der gewichtsanalytischen Bestimmung nach Scherer. Die Esbachsche Probe ergab das beste Resultat. Nach ihr ermöglicht die optische Bestimmung nach R. Stolnikow es, in kurzer Zeit ein brauchbares Resultat zu erhalten. Noch einfacher als diese ist die Schnellmethode nach Aufrecht; sie setzt den Besitz einer Zentrifuge voraus, ergibt aber selbst im Vergleich zu Esbach schlechtere Resultate und ist nur für eine annähernde Bestimmung brauchbar. Die Modifikation der Esbachschen Probe nach Tsuchiya ergab nicht brauchbare Resultate im Vergleich zu den anderen geprüften Methoden.

Schourp-Danzig.

III. Bibliographie.

F. Zinsser, **Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes**. (Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1912. 146 S. 51 mehrfarbige und 18 schwarze Abbildungen auf 44 Tafeln.) — Das Buch des Verf.'s, das Geheimrat Lesser gewidmet ist, soll mit seinen zahlreichen, vortrefflich ausgeführten Abbildungen, wie Verf. selbst sagt, einen illustrierten Wegweiser auf dem Gebiete der im Titel genannten Munderkrankungen bilden. Die Mundhöhle ist ja eine der Lieblingsstätten der Syphilis, denn sämtliche Stadien der Krankheit können hier in Erscheinung treten und da die Leukoplakia buccalis als postsyphilitische Erscheinung aufzufassen ist, so fehlen auch derartige Läsionen hier nicht. Was zunächst den Spirochätenbefund anlangt, so können außer der Spirochaete pallida noch zwei andere Formen von Spirochäten zur Beobachtung gelangen, einmal die Spirochaete buccalis, die wegen ihrer dickeren und längeren Gestalt, ihren spärlicheren Windungen und besonders wegen der abweichenden Art ihrer Bewegungen sich kaum mit der Spirochaete pallida verwechseln läßt, und weiterhin die Spirochaete dentium, die von der Spirochaete pallida viel schwieriger zu unterscheiden ist, so daß unter Umständen die Verwertung eines Spirochätenbefundes die strengste Kritik erfordert (S. 6). Die Spirochaete pallida, die in feuchtem Zustande auch außerhalb des Körpers sich tagelang halten kann, mag wohl auch an den Lakunen der Tonsille längere Zeit am Leben bleiben und hier vielleicht einmal die unverletzte Schleimhaut passieren (S. 11), immerhin ist es nach Verf.

(S. 16) nicht ganz leicht, sich das Zustandekommen der Infektion von der Tonsille aus zu erklären. Nun ist aber, wie Ref. bemerken möchte, die Schleimhaut dieser Gegend infolge des stetigen Durchtritts ganzer Scharen von Wanderzellen, die dann zu „Speicheldrüsenkörperchen“ werden, „physiologisch wund“ (Ph. Stöhr). Möglicherweise spielen hierbei auch gewisse chemotaktische Beziehungen zwischen Spirochäten und dem Inhalt der Blutgefäße eine gewisse Rolle. Beachtenswert ist die Tatsache, daß Vereiterungen von Lymphdrüsen (submax., subment.) bei bukkalen Primäraffekten infolge sekundärer Mischinfektionen nicht so ganz selten vorkommen (S. 13). Gelegentlich kann eine nicht spezifische Angina, speziell eine Angina Vincenti, einem syphilitischen Primäraffekt zum Verwechseln ähnlich sein. Die Vielgestaltigkeit der sekundär-syphilitischen Erscheinungen bringt es mit sich, daß kaum ein Krankheitsbild der Mundschleimhaut vorkommt, das „nicht einmal gelegentlich von der Syphilis nachgeahmt würde“, aber auch die Umkehrung des Satzes gilt (S. 21). Daher die Mahnung, möglichst viele Momente bei der Diagnose zu berücksichtigen! Neben gummösen und ulzerösen Prozessen, die sich von gleichwertigen Prozessen auf der äußeren Haut nicht wesentlich unterscheiden, kommen im Bereiche der Mundhöhle, namentlich der Zunge, noch Erkrankungen mit dem Charakter der viszeralen Syphilis vor, welche die regionären Drüsen in auffallender Weise unberührt lassen. Ebenso treten, ohne daß es vorher zu gummösen Neubildungen gekommen war, manchmal Geschwüre der malignen Lues auf, die namentlich am weichen Gaumen in wenigen Tagen zu ausgedehnten Defekten führen können. Aus der sehr eingehenden Besprechung der kongenital-syphilitischen Zahnveränderungen sei hier nur hervorgehoben, daß Verf. ihre spezifische Natur in Abrede stellt, sondern sie nur als eine Folge der schweren Allgemeinerkrankung des Fötus ausieht (S. 30). Zu den beachtenswerten Zeichen kongenitaler Lues gehört (von den Hutchinsonschen und anderen Difformitäten abgesehen) auch die „ganz symmetrische, zentrale Karies aller vier ersten Molarzähne“ (S. 34). Aus den beiden letzten Abschnitten des Buches die von Erkrankungen handeln, die der sekundären oder tertiären Lues ähnlich sind, sei hier ausdrücklich auf die Darstellung der Stomatitis merc., Stomatitis aphthosa, Lingua geographica und Leukoplakie der Zunge, endlich auf die der tuberkulösen und karzinomatösen Prozesse aufmerksam gemacht, die beide gewisse Formen von Gumma vortäuschen können. So viel über den Text, der durch stetige Hinweise auf die vorzüglichen, farbigen Abbildungen lebenswahrer Moulagen belebt wird. Von ihnen kann hier freilich keine Probe wiedergegeben werden, aber wem das Buch zur Ansicht zugeht, der betrachtet vielleicht einmal die Figg. 12—14 (syphilitische Erscheinungen an der Zunge) und vergleicht sie mit den Figg. 44—46 (Lingua geographica und Leukoplakie) oder stellt die Abbildung einer Erosivpapel der Unterlippe (Fig. 5) der eines aphthösen Mundgeschwürs (Fig. 37) gegenüber! Erwähnung hätten vielleicht noch, obwohl es sich um normale, aber doch nicht konstante Gebilde handelt, im Anschluß an die Besprechung des Lichen ruber planus die Talgdrüsen des Lippenrots und der Wangenschleimhaut verdient, die erst während der Pubertätszeit deutlicher hervortreten und die nach Krakow bei 50% bzw. 30% aller erwachsenen Individuen vorkommen (s. L. Stieda, Zeitschrift f. Anthropologie u. Morphologie. IV. 1902). Das Buch des Cölner Dermatologen, das jeder Bibliothek zur Zierde gereicht, wird gewiß als zuverlässiger Ratgeber sich bewähren.

Sölger-Neiße.

IV. Therapeutische Notizen.

Ekzema tyloticum:

- Rez. Kali caustic. 2,0
 Spirit.
 1) Aq. rosar.
 Glycerini ana ad 100,0
 S. Waschwasser.
 (Th. Veiel, Festschrift für Lesser, 1912.) J

Pruritus ani:

- Rez. Lenigallol 1,5
 Zinci oxyd.
 2) Amyl. ana 2,0
 Ungt. lenient.
 Ungt. simpl. ana ad 50,0 J.

Streupulver:

- Rez. Fermentin. extern. 30,0
 3) Zinci oxydat.
 Amyli ana 10,0
 (Jellinek, Wiener klin. Rundschau. 1912. Nr. 20.) J.

V. Vereinsberichte.

Warschauer medizinischer Verein.

(Przeglad Lek. 1912. H. 34.)

Watraszewski: Über den therapeutischen Wert der Hg-Einreibungen bei Lues. Bevor das letzte Wort über die Wirksamkeit der neuen Antiluetika ausgesprochen wird, müssen wir weiter bei Hg, dessen gleichzeitige Anwendung die Erfinder der neuen Mittel empfehlen, bleiben. Angesichts dieser Tatsache ist zu entscheiden, welche der am meisten angewandten Hg-Applikationen — Einreibungen oder Einspritzungen — die bessere sei. In Rücksicht auf praktische Vorteile fanden die Injektionen mit der Zeit immer größere Verwendung und sind jetzt vorherrschend auch dort, wo seit den Sigmundischen Zeiten die Inunktionen eingeführt waren. Vortr. spricht sich auf Grund 30jähriger Spital- und Privatpraxis für Einreibungen aus, obwohl dieselben oder ähnliche Erfolge mittels Injektionen erreicht werden. Der wichtigste Faktor, welcher zugunsten der Einreibungen spricht, ist das Zeugnis, welches ihnen die Wassermann-Reaktion ausstellt. Die Resultate, welche einerseits bei 150 mit Einreibungen, andererseits bei 150 mit Injektionen Behandelten und vom Vortr. durch 8—25 Jahre Beobachteten gewonnen wurden, ergaben: 1. bei mit Inunktionen behandelten Patienten in 85% negative oder fast negative, in 15% der Fälle positive Reaktion; 2. bei mit Injektionen behandelten Patienten positive Reaktion in 75%, zweifelhafte in 10% und negative nur in 15% der Fälle. Wenn die Einreibungen sich nicht die verdiente Anerkennung erworben haben, ist die Ursache in folgenden Verhältnissen zu suchen: 1. kunstwidrige oder nicht entsprechende Ausführung der Einreibungen, und als Folge dessen: 2. das Auftreten von Erscheinungen der Hg-Erkrankung der Mundhöhle und anderer unerwünschter Folgen der Hg-Wirkung. Die Furcht vor solchen Komplikationen wird grundlos sein, wenn zu Einreibungen mittlere Dosen (2,0—3,0) Ungt. hydr. angewendet werden und der Kranke während der Behandlung genau die ihm anempfohlenen prophylaktischen Maßregeln beobachten wird und sich die genaue Überwachung seitens eines erfahrenen Arztes gesichert hat; 3. die Ansicht, die man über Einreibungen hat, daß sie eine nicht ästhetische, wegen Beschmutzung des Körpers und der Wäsche unangenehme, den Patienten die Geheimbehandlung unmöglich machende Behandlung sei; tatsächlich wird die früher ausschließlich angewandte offizinelle graue Salbe ziemlich schwer resorbiert, läßt einen Satz und unangenehmen Geruch zurück und reizt die Haut; diese Schattenseiten hörten mit dem Momente der Substituierung des Fettes durch Resorbin und Vasogen beinahe auf zu bestehen; 4. die Unmöglichkeit, die Menge des Quecksilbers, welche

in den Körper gelangt, zu bestimmen, im Gegensatz zu Injektionen. Diesen Vorwurf müssen wir nicht ernst nehmen. Behufs Überzeugung, ob die vorgeschriebene Hg-Behandlung dem Patienten zum Nutzen gereicht, sind die Gewichtsschwankungen des Patienten während der Behandlungsdauer vorzumerken, der Allgemeinzustand zu beobachten. Es ist nicht zu vergessen, daß wir bei Behandlung mit Einspritzungen ebenfalls keine Handhabe zu der Behauptung, daß die ganze Menge des injizierten Hg gründlich resorbiert wird, haben; die Erfahrung lehrt, daß dies häufig nicht der Fall ist. Die Einreibungen, welche eine vorzügliche und in jeder Beziehung rationelle Behandlungsmethode der Lues mit Hg darstellen, verdienen eine ausgedehnte Anwendung, nicht aber Vernachlässigung, wie das in den letzten Zeiten vorkommt aus Gründen besonders praktischer Natur, welche keinen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Grade der Rationalität der gegebenen Behandlungsmethode haben.

In der Diskussion bemerkt Wojciechowski, daß die Schattenseiten der grauen Salbe in der Behandlung der Lues die Ursache sehr ausgedehnter Anwendung der Hg-Verbindungen in Form intramuskulärer Injektionen wurden. Da die bekannten Hg-Verbindungen die luetischen Erscheinungen beseitigten, glaubte man nicht ohne Grund, daß sämtliche Hg-Verbindungen angewendet werden können, wenn sie nur in einer das entsprechende Hg-Quantum (0,2—0,3) besitzenden Menge und zu bestimmter Zeit eingeführt werden. Man überzeugte sich jedoch, daß die eingespritzten Hg-Salze nicht immer gleichmäßig wirken, ohne Rücksicht darauf, daß in den Organismus viel größere Dosen eingeführt wurden. Bei einer sehr großen Anzahl der Patienten W.'s, welche sorgfältig ausschließlich mit Injektionen behandelt wurden, traten schwere Erscheinungen später Lues auf, was er viel seltener bei mit grauer Salbe Behandelten beobachtete. Auf Grund der Ergebnisse mehrerer Tausend Untersuchungen nach Wassermanns Methode gelangt W. zu der Schlußfolgerung, daß Einreibungen der grauen Salbe viel wirksamer als die intramuskulären Injektionen der Hg-Verbindungen die luetischen Erscheinungen bekämpfend und abwechselnd mit intravenösen Salvarsaninfusionen im Verlaufe eines Jahres solche Resultate ergeben, wie sie vorher nach einer langen Reihe von Jahren sorgfältigster antiluetischer Behandlung nicht erzielt wurden. — Kozerski stimmt mit dem Vortr. überein, daß die entsprechendste Form der Hg-Anwendung die Einreibungen seien, meint jedoch, daß die Schattenseiten der Injektionen und die Lichtseiten der Inunktionen etwas einseitig dargestellt wurden. Höchstwahrscheinlich töten die Spezifika nicht so sehr selbst die Spirochäten ab, vielmehr reizen sie den Organismus zur gesteigerten Ausscheidung der Gegengifte auf. Eine große Dosis ist wirksamer als eine kleine, aber nur bis zu einem gewissen Grad. Wenn wir eine zu große Dose oder zu unrichtiger Zeit geben, schaden wir. Wahrscheinlich hat nicht jeder Organismus die gleichen Fähigkeiten zur Abwehr und ist nicht immer gleichmäßig vorbereitet zum Kampf. Es ist anzunehmen, daß der Organismus nur eine gewisse Antitoxinmenge in einer gewissen Zeit und durch das ganze Leben bilden kann. Wenn wir im Beginn der Lues mit zahlreichen Spirochäten und frisch erhaltenem Körper zu tun haben, sollen und können wir auf den Körper energisch einwirken, jedoch Mißbrauch vermeidend. Hat jedoch die Lues lange Zeit den Organismus untergraben, haben wir es mit verringerten Abwehrkräften zu tun, sollten wir milde vorgehen. Zu einer solchen Steigerung der Hg-Zufuhr eignen sich zweifellos am besten die Einreibungen. Dem entsprechend sollten wir sie vor allem in Fällen später Lues, insbesondere bei Ergriffensein des Nervensystems, anwenden. Dagegen kann in Fällen frischer Lues die Behandlung mittels Injektion unlöslicher Hg-Salze, besonders des grauen Öls, vorzügliche Dienste leisten. Dabei sollten sowohl Einreibungen wie Einspritzungen kunstgerecht angewendet werden. Endlich sollten die Injektionen löslicher Salze, wenn die Hg-Wirkung prompt sein soll, wenn die Syphilis ein wichtiges Organ ergriffen hat, nicht verworfen werden. — Koczyński ist auf Grund mehrerer Hundert Beobachtungen über Tabes Anhänger der Einreibungen. Baschkopf-Krakau.

VI. Personalien.

Max Wolters wurde zum ordentlichen Professor der Dermatologie in Rostock ernannt.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuer Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTE in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Verr & Comp. in Leipzig.

1912.

Dezember.

Nr. 3

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Zur Technik der intravenösen Salvarsaninfusion, von Dr. v. Stokar. 2) Die Behandlung der Syphilis mittels Kontraluesin, von Dr. G. Schourp. 3) Bemerkungen über den Komplementgehalt und die Wassermannsche Reaktion des Blutes Lepröser, von Dr. A. Spindler. 4) Über das Dispensieren von Oleum cinereum in Ampullen, von H. Th. Bengelsdorff.

II. Therapeutische Revue. Von Prof. Dr. Max Joseph.

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre supérieur. Régions du bras et du coude, par Mme Bellocq-Irague. 2) Versuche der Detätowierung, von J. Peller. 3) Über eine bisher nicht bekannte Nebenwirkung des Yohimbins, von Hübner. 4) In ihrem Inneren eine Talgdrüse enthaltende Haare des Kinnes, von S. Giovannini. 5) Das Pinselhaar, Thysanothrix, von F. Franke. 6) Über einige für die Dermatologie anwendbare neue kolloide Präparate, von J. Strandberg. 7) Methode der Ausstrichkulturen beim Studium von Epidermispilzen, von J. Aoki. 8) The pathology of the skin from the eyelids and the naso-facial grooves, by J. E. R. McDonagh. 9) Physiologische und therapeutische Studien über die Lichteinwirkung auf die Haut, von L. Freund. 10) Überempfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen und gegen Kohlensäureschnee, von S. Bogrow und Th. Grintschar. 11) Über die kolorimetrische Methode der quantitativen Tryptophanbestimmung und über den Tryptophangehalt der Horngebilde und anderer Eiweißkörper, von H. Fasal. 12) Betrachtungen über die Ätiologie der Hautkrankheiten, von Fluger. 13) Toxikologische Beobachtungen über Thorium X bei Mensch und Tier, von Löhe. — Entzündliche Dermatosen. 14) Über das Wesen der sogen. idiopathischen Erytheme, von H. Geber. 15) Erythema elevatum et diutinum, von G. Piccardi. 16) Rodent ulcer occurring in a patch of psoriasis in the gluteal cleft, by A. M. H. Gray. 17) Die Behandlung der Psoriasis mittels Kälteanwendung, von Axmann. 18) Der Mastisolverband bei Verbrennungen, von O. Neugebauer. — Zirkulationsstörungen der Haut. 19) Ein Fall von Pellagra im Kindesalter, von Fritz. 20) Über Urticaria pigmentosa congenita, von Joh. Fabry. 21) Über hämorrhagische Nephritis bei Purpura, von A. Lippmann. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 22) Beiträge zur Radiumtherapie der bösartigen Geschwülste, von K. Dohi und M. Mine. 23) Ein typischer Fall von Boeckscher Krankheit, Sarkoid (Miliarlupoid) Boeck, großknotige und infiltrierende Form, von P. Unna jun. 24) Familial v. Recklinghausens disease, by J. D. Rolleston and N. S. Macnaughtan. 25) Possible interrelationship of acanthoma adenoides cysticum (multiple benign cystic epithelioma) and syringo-cystadenoma (lymphangioma tuberosum multiplex, by R. L. Sutton and Ch. C. Dennie. 26) Molluscum contagiosum beim Menschen, von Campana. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 27) Fall von Anonychia totalis congenita, von A. Paldroch. 28) Beitrag zur Klinik und Ätiologie der atrophisierenden Dermatiden, von M. Oppenheim. 29) Lupus érythémateux localisé à la partie gauche de la face et du cou chez une dyspeptique chronique tuberculeuse avec induration scléreuse du pouton gauche, par Jourdanet et Lebar. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 30) Attempts at specific therapy in leprosy, by D. H. Currie, M. T. Clegg and H. T. Hollmann. 31) Further observation in rat leprosy, D. H. Currie and H. T. Hollmann. 32) Le

salvarsan dans la lèpre; son influence sur le Wassermann dans cette maladie, par **Peyri Rocemora**. 33) Untersuchung der Jakutenspeise auf Leprabazillen, von **A. Paldrock**. 34) Sollen Leprakranke mit „Salvarsan“ behandelt werden? von **A. Paldrock**. 35) Über die Tuberkulinbehandlung bei Lepra, von **J. Yamamoto**. 36) Beitrag zur Behandlung der Lepra mit Nastin, von **M. Rudolph**. 37) Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatose der Haut, von **Arndt**. 38) Über die Vorstadien der Mycosis fungoides, von **R. Seellg**. 39) Die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus, von **Joh. Fabry**. — Gonorrhoe. 40) I. Le traitement abortif de la blennorrhagie, par **Montfort**. II. Zur Frage der abortiven Behandlung der Urethritis gonorrhoeica, von **Feleký**. 41) Über eine neue Behandlungsweise der akuten und chronischen Gonorrhoe, der akuten und chronischen Prostatitis und der akuten und chronischen Urethritis mit Thermopenetration und Heißwasserspülungen, von **Kyarr**. 42) Thermopenetration bei Prostatitis gonorrhoeica chronica, von **O. Simmonds**. 43) Über den praktischen Wert der Komplementbindungsmethode bei gonorrhoeischen Erkrankungen, von **J. T. Lenartowicz**. 44) Ein Fall von Perichondritis gonorrhoeica beider Ohrmuscheln, von **H. Fischer**. — Syphilis. 45) Über Salvarsanfieber, von **S. Watanabe** und **H. Hirooka**. 46) Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsaninfusion, von **C. Klieneberger**. 47) Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von **F. Zimmer**. 48) Der Einfluß des Salvarsans auf die Nieren bei intravenösen Injektionen, von **Schlasberg**. 49) Zur Kenntnis der Salvarsandermatosen, von **A. Brauer**. 50) Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie, von **M. Oppenheim**. 51) De l'emploi du salvarsan, par **F. Ferra**. 52) Neosalvarsan und Salvarsan, von **F. Malinowski**. 53) Über vergleichende Tierexperimente mit Salvarsan und Neosalvarsan, von **Keisten**. 54) Le néo-salvarsan, par **Bayet**. 55) A case of gummatous ulceration simulating rodent ulcer treated with salvarsan, by **H. B. Parker**. 56) Über Syphilis-exantheme nach Salvarsanbehandlung, von **M. Oppenheim**. 57) Milzbrand und Salvarsan, von **G. Becker**. 58) Développement des agglutinines tuberculeuses chez les syphilitiques par les injections de salvarsan, par **J. Nicolas**, **P. Courmont** et **Charlet**. 59) Étude des spirochètes cultivés des produits syphilitiques, par **C. Levaditi** et **V. Danilescu**. 60) Réactions de Wassermann positives avec sérums d'animaux, par **Ranque**, **Senez** et **Vayssière**. 61) Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis, von **Ledermann**. 62) Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida und der nadelförmigen Bakterien aus syphilitischem Material mit besonderer Berücksichtigung der Reinkultur von Spirochaeta dentium und des Bacillus fusiformis aus der Mundhöhle, von **Shonamine**. 63) Versuche zur Verschärfung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von **Fr. Blumenthal** und **L. Hercz**. 64) Welche Urteile sind wir berechtigt, auf Grund der Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion über Colles' und Profetas Gesetze zu fällen? von **C. Cronquist**. 65) Über Antigene zur Wassermannschen Reaktion. Ein Beitrag zur Biologie der Lipide, von **Fritz Munk**. 66) Über Syphilisreste in den Geweben und ihre prognostische Bedeutung, von **S. Ehrmann**. 67) Kaninchenimpfung mit Syphilitikerblut und Blutserum, von **Aumann**. 68) Teneur en cholestérine du sérum sanguin des syphilitiques, par **Gaucher**, **Paris** et **Desmoulière**. 69) Kératose syphilitique plantaire, par **Gaucher**. 70) Hérédo-syphilis; gommes tertiaires du voile du palais, sans dystrophies, par **Gaucher** et **Gougerot**. 71) Über hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Lues, von **Hahn**. 72) Verfahren zur intensiven und raschen Färbung des Treponema pallidum und anderer Spirochäten, von **A. Fontana**. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 73) Hématuries spontanées chez les prostatiques, par **Motz**. 74) Fortschritte in der Untersuchung des Harnapparates, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Nierendiagnostik, von **R. Kutner**. 75) Pyelonéphrite gravidique par septicémie colibacilladie, par **Widal** et **Bénard**. 76) Beitrag zur Sterilisierung von Degenerierten durch doppelte Durchtrennung des Ductus deferens (Vesektomie) mit Erhaltung der Geschlechtsdrüsen, von **A. Kappis**. 76) Zur Kasuistik der Blasenkrankheiten, von **H. Lohnstein**. 77) Corps étranger d'origine appendiculaire simulant un calcul vésical, par **E. Desnos**.

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes.

I. Originalmitteilungen.

1. Zur Technik der intravenösen Salvarsaninfusion.

Von Dr. v. Stokar in München.

Ich benutze bei den intravenösen Infusionen als Verbindungsglied zwischen Nadel und Schlauch ein etwa 6 cm langes Glasröhrchen, das vorn mit einem Metallansatz versehen ist, dessen Conus auf jede Weintraudsche Nadel paßt. Man kann ebensogut den Glasteil jeder Pravazschen Spritze verwenden, wenn der Conus auf die Nadel paßt. Sticht man die Nadel armiert mit diesem Verbindungsstück und Schlauch ein, sieht man das Blut in das Glasröhrchen einfließen, sowie die Vene richtig getroffen ist. Das Glasröhrchen bietet eine sehr bequeme Handhabe beim Einstich der Nadel; außerdem kommt kein Tropfen Blut auf das Operationsfeld. Der Eingriff ist sauber und elegant und last not least: man spart Wäsche.

2. Die Behandlung der Syphilis mittels Kontraluesin.

Von Dr. G. Schourp in Danzig.

Niemand verkennt heute, daß die Behandlung der Syphilis durch Ehrlichs Salvarsan eine wertvolle Bereicherung erfahren hat. Der Wert des altbewährten Quecksilbers aber ist nicht durch das neue Mittel herabgesetzt, sondern sogar erhöht worden. Denn das Quecksilber ist noch immer das einzige Mittel, von dem man mit Sicherheit weiß, daß es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Syphilis zu heilen vermag. Und gerade Ehrlich war es, der auf dem diesjährigen Deutschen Chemikertag in Freiburg den Wunsch auf ein wirksames, die Syphilistherapie stützendes Quecksilberpräparat aussprach. Ein solches ist allem Anschein nach das Kontraluesin, ein Quecksilberpräparat, welches von Dr. E. Richter in Plauen nach ganz neuen Gesichtspunkten zusammengestellt ist. Es gelang nämlich vor 3 Jahren Herrn Dr. E. Richter, molekular zerstäubtes metallisches Quecksilber derartig in wäßriger Lösung fein zu verteilen, daß es nicht allein bis zu Kokken- und Blutkörperchengröße, sondern auch feiner verteilt werden kann, und zwar so, daß es trotz seines großen spezifischen Gewichtes stundenlang in einer Lösung von antiluetischer Qualität in Schwebe bleibt. Dadurch ist fraglos ein großer technischer Fortschritt erzielt, der bisher noch nicht vorhanden war, und den der Erfinder sich patentamtlich schützen läßt. Durch die überaus feine Zerspaltung des Quecksilbers ist natürlich die Angriffskraft

des resorbierten Quecksilbers größer, namentlich wenn es noch mit vollkommeneren Mitteln als bisher kombiniert wird. Und dies tut E. Richter, indem er nicht durch bloßes Mischen, sondern durch Verarbeitung nach besonderen Prinzipien von molekulärem Quecksilber mit Arsen und Sozodol-Chinin-Salizylverbindungen eine Lösung herstellt, welche eine akut-antibakterielle, eine akut-antiluetische und eine chronisch-antiluetische Wirkung entwickelt.

Die absolute Ungiftigkeit des Mittels hat E. Richter durch Tierversuche und Versuche an seiner eigenen Person festgestellt. Eine Angabe genauer analytischer Berechnung der Gruppen, aus denen sich das Präparat zusammensetzt, hat E. Richter sich für seine eigene Veröffentlichung vorbehalten.

Die Anwendung geschieht in Form intraglutäaler Injektionen, welche ohne Schmerzen, ohne Infiltrate und Abszesse vertragen werden. Es genügen im allgemeinen zur Behandlung drei bis vier Injektionen von 0,1 bis 0,15 Hg enthaltendem Kontraluesin, welche in Abständen von 5 bis 8 Tagen gemacht werden. E. Richter hat jetzt bei 126 Fällen von Syphilis die volle Wirksamkeit gesehen, wie er in seiner Arbeit in Unnas Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 39 angibt.

Die Zahl der von mir in Jahresfrist mit Kontraluesin behandelten Syphilisfälle ist 88. Ich kann nur bestätigen, daß dem Präparat eine außerordentliche Heilwirkung zukommt, ohne daß es irgend eine Schädigung hervorruft. Die Schnelligkeit der Wirkung ist erstaunlich und die Vornahme von lediglich drei oder vier Injektionen für den Patienten von großem Vorteil und Annehmlichkeit. In dem ersten Vierteljahr der Anwendung von Kontraluesin habe ich allerdings mehrmals heftige Stomatitis beobachtet als einzigen Nachteil der Methode. Diese war offenbar durch die damals noch zu starke Menge des Quecksilbers hervorgerufen. In den letzten $\frac{3}{4}$ Jahren habe ich nie wieder eine erhebliche Zahnfleischentzündung gesehen. Primärsklerosen, nässende breite Papillome am Anus und Skrotum, Ulzerationen heilten bereits nach der ersten Injektion ab; Periostitis luetica und Iritis luetica nach der dritten; Fälle von zerebraler Lues wurden schnell gebessert. Hiesige Kollegen, die mir Fälle von schweren, ausgebreiteten, gummösen Ulzerationen und einen Fall von Keratitis profunda marginalis luetica überwiesen, waren mit mir über die überraschenden Heilerfolge erfreut.

In einer Anzahl von Fällen ließ ich durch das hiesige Kgl. Medizinal-Untersuchungsamt die Wassermannsche Reaktion vornehmen, sie war unter 10 Fällen 9mal negativ.

Fall 7	Kontraluesin am	8./XI. 1911	W.-R.	20./V. 1912	—
„ 9	„	9./XI. 1911	„	10./VI. 1912	—
„ 10	„	20./XI. 1911	„	5./V. 1912	—

Fall 14	Kontraluesin am	26./XI. 1911	W.-R.	29./IX. 1912	—
„ 16	„	„ 23./XI. 1911	„	21./V. 1912	—
„ 19	„	„ 30./XI. 1911	„	8./III. 1912	—
„ 22	„	„ 8./XII. 1911	„	15./II. 1912	—
„ 23	„	„ 8./XII. 1911	„	28./V. 1912	+
„ 28	„	„ 4./I. 1912	„	19./IV. 1912	—
„ 33	„	„ 23./I. 1912	„	4./X. 1912	—
„ 34	„	„ 24./I. 1912	„	7./VIII. 1912	—
Dazu „ 42	„	„ 25./II. 1912	„	27./IX. 1912	—

In dem letzten Falle wurde die Wassermannsche Reaktion durch Herrn Prof. Dr. Touton-Wiesbaden ausgeführt, wie mir der Patient mitteilt.

Selbstverständlich muß es weiteren Beobachtungen überlassen werden, festzustellen, ob oder wie lange eine Dauerheilung durch Kontraluesin erreicht wird. Das eine aber steht jedenfalls schon heute fest, daß das Präparat an Schnelligkeit des Heilerfolges und an Bequemlichkeit der Anwendung jede bisherigen Quecksilberlösung übertrifft.

3. Bemerkungen über den Komplementgehalt und die Wassermannsche Reaktion des Blutes Lepröser.

Von Dr. A. Spindler in Reval.

Zur Bestimmung des Komplementgehaltes im Blute gesunder und kranker Menschen sind von verschiedenen Seiten Untersuchungen angestellt worden. Leider hat aber jeder Untersucher eine von den anderen abweichende Technik angewandt, so daß ein Vergleichen der Resultate sehr erschwert wird. Immerhin scheint festzustehen, daß bei konsumierenden Krankheiten die Komplemente vermindert sind.

So fand Lüdke¹ verminderten Komplementgehalt in je einem Falle von Abdominaltyphus (kompliziert mit Pneumonie), von schwerer Leukämie, von Sepsis, von schwerer Perikarditis, desgleichen bei Ikterus und bei Karzinom. Engel² fand, daß bei 20 untersuchten Krebskranken der Komplementgehalt schwankte zwischen der normalen und der viermal geringeren Höhe. Bickel³ fand hochgradige Alexinarmut in einem Fall von Pseudoleukämie, desgleichen bei einer schweren Kachexie im Verlauf von Lungentuberkulose und bei einem Rectumkarzinom. Ferner fand dieser Autor einen Parallelismus zwischen der Wassermannschen Reaktion bei Lues und dem Alexingehalt, insofern als der exquise Ausfall der Komplementbindung immer auch einer bedeutenden

¹ Zur Kenntnis der Komplemente. Würzburg 1908.

² Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 2.

³ Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 19.

Einschränkung des Alexingehaltes entspricht. Die schweren tertiären Formen weisen den stärksten Alexinschwund auf. Endlich fand Eliasberg,¹ daß im Serum Lepröser freies Komplement nicht nachzuweisen sei.

Diesen letzten Befund habe ich an 16 Kranken im Leprosorium Kuda (Rußland, Estland) nachgeprüft, aber nicht bestätigt gefunden. Die untersuchten Kranken waren zum Teil tuberöse, zum Teil makulöse, zum Teil behandelte (mit Nastin und Chaulmograöl [Ol. gynocardiae]), zum Teil unbehandelte.

Mit der Technik von Engel untersuchte ich 15 Sera. Der zur Erreichung kompletter Hämolyse erforderliche Zusatz von frischem Lepra-serum schwankte zwischen 0,04 und 0,02. In einem Falle gab 0,04 nur unvollständige Lösung. Der Kontrollversuch mit dem Serum eines Gesunden gab komplette Lösung bei Zusatz von 0,02 Serum (nach Engel tritt Hämolyse ein bei Zusatz von 0,02 und weniger Serum Gesunder, während der Komplementgehalt bei Krebskranken zwischen 0,02 und 0,08 schwankt).

Nach Bickel untersuchte ich drei Seren von unbehandelten Kranken: zwei gaben Spuren von Hämolyse bei Zusatz von 0,01 Serum, einer noch bei 0,008. Komplette Hämolyse trat ein zwischen 0,1 und 0,3. Der Kontrollversuch mit dem Serum eines Gesunden zeigte Spuren von Hämolyse bei Zusatz von 0,01 Serum (was den Angaben Bickels entspricht) und komplette Lösung bei 0,1.

Mit der Technik von Eliasberg untersuchte ich einen gar nicht und einen nur wenig behandelten Fall. Der erstere gab bei 0,1 noch komplette Hämolyse. Der letztere (ein schwer tuberöser Kranker, der auf die Behandlung ungewöhnlich schwach reagiert und bei dem bei der Engel-schen Technik zur Hämolyse die doppelte der normalen Dosis nötig war) bei 0,3. Das Serum eines Gesunden gab bei 0,1 komplette Hämolyse.

Der Komplementgehalt des Blutes Lepröser ist also nach meinen Untersuchungen nicht selten normal, häufig aber bis auf die Hälfte und noch mehr herabgesetzt. Vollständigen Komplementschwund konnte ich nirgends nachweisen.

Betreffs der Wassermannschen Reaktion möchte ich eine Beobachtung erwähnen, die ich bei der Ausführung derselben (mit Lesserschem Extrakt) an den Leprösen machte:

G. Meier² erwähnt, daß er bei der Untersuchung eines Lepra-serums gegenüber Luesleberextrakt bei Anwendung von 0,2 Serum eine inkomplette, mit 0,005 noch eine komplette Hemmung bekommen habe. Das

¹ Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 7.

² Weichard, Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. 1909. S. 28.

scheint nun keine Ausnahme, sondern bei Lepra im Gegensatz zu Lues die Regel zu sein, so daß dieses Phänomen (das bekanntlich Neisser und Wechsberg bei der Bakteriolyse beobachtet haben) differentialdiagnostisch verwandt werden kann: von neun daraufhin untersuchten Lepraseren hatten sieben eine deutlich stärker werdende Reaktion, je weniger Serum ich verwandte (die zwei weiteren hatten überhaupt nur eine sehr undeutliche positive Reaktion). Bei manchen war sie z. B. bei Zusatz von 0,2 Serum negativ, bei Zusatz von 0,1 schwach positiv, bei 0,05 stark positiv, bei 0,02 komplett (bei dieser Dosis war sie bei allen Seren am stärksten). Wenn ich die Serummenge noch verminderte, wurde die Reaktion wieder schwächer, aber bei einzelnen erst bei 0,002 negativ.

4. Über das Dispensieren von Oleum cinereum in Ampullen.

Von H. Th. Bengelsdorff,

Apothekervorstand bei der Skilnadsapotheke in Helsingfors.

Da die Quecksilberbehandlung der Syphilis sich in den letzten Jahren immer mehr zu einer intensiveren im Sinne Neissers mit Oleum cinereum- und Kalomelinjektionen entwickelt hat, und da die früher viel gebrauchten Quecksilberpräparate Hydrarg. thymolic. und Hydrarg. aceto-thymolic. von E. Merck in Darmstadt sogar nicht mehr fabriziert werden, habe ich versucht, einige Nachteile, die meiner Ansicht nach noch mit der Oleum cinereum-Therapie verbunden waren, zu beseitigen.

Wie bekannt, besteht das Oleum cinereum aus reinem Quecksilber, das sehr fein in irgendwelchem dickflüssigen Fett verteilt ist. Das Oleum cinereum ist bei gewöhnlicher Temperatur meistens von salbenähnlicher Konsistenz. Dadurch wird das Zusammensintern der Quecksilberkugeln vermieden und die homogene Beschaffenheit der Mischung sichergestellt. Beim Gebrauch soll das Präparat etwas erwärmt werden. Ein einziges Erwärmen bei mäßiger Temperatur schadet demselben nicht. Wird das Erwärmen dagegen öfter wiederholt, so kann ein Zusammensintern des Quecksilbers und dadurch eine Zerstörung des Präparates entstehen.

Auf Wunsch des Dozenten Dr. Axel Cedercreutz habe ich versucht, Oleum cinereum in Ampullen zu dispensieren. Der Inhalt einer Ampulle sollte für eine Injektion ausreichen. Das Oleum cinereum wurde nach den Vorschriften Zieler¹ hergestellt.

Die Auffüllung der Ampullen geschieht auf folgende Weise: die gut gewaschenen und sterilisierten Ampullen werden mit etwas Äther gefüllt; der Äther wird durch Erhitzen zum Verdunsten gebracht, wobei in den

¹ Münchener med. Wochenschrift. 1908. S. 2372.

Ampullen ein äußerst verdünntes Äthergas zurückbleibt. Jede Ampulle wird einzeln erhitzt, wonach die offene Spitze der noch warmen Ampulle in das Oleum cinereum eingetaucht wird. Das Oleum cinereum muß die ganze Zeit umgerührt werden. Beim Kaltwerden der Ampulle wird Oleum cinereum zufolge der Kondensierung des Gases in dieselbe eingesogen. Die Spitze wird abgetrocknet und etwas erwärmt, damit das in dem Halse der Ampulle vorhandene Öl einfließen soll, und die Ampulle wird sofort zugeschmolzen. Auf diese Weise bleibt das Öl steril und die Dispensierung des Quecksilbers eine gleichmäßige.

Beim Gebrauch wird das Präparat durch Eintauchen der Ampulle in warmes Wasser erwärmt, die Ampulle umgeschüttelt, der Hals geritzt, die Spitze abgebrochen und das Öl in eine Ziellersche Spritze aufgesogen.

Dr. Cedercreutz hat mir mitgeteilt, daß zum Aufsaugen eine extra grobe Nadel (etwa 2 mm) nötig ist. Nachdem das Öl in der Spritze dosiert worden ist, entfernt man die grobe Kanüle, setzt die Ziellersche Nadel auf, ohne daß das Öl in dieselbe eingepreßt wird. Da die Nadel bei der Einführung leer ist, kann man, nachdem die Spritze abgehoben ist, leicht feststellen, daß dieselbe in keine Vene eingedrungen ist, und die bei Oleum cinereum sonst recht gewöhnlichen Embolien werden hierdurch in hohem Grade vermieden.

Dr. Cedercreutz hat meine Ampullen fast ein Jahr gebraucht und mit denselben seine volle Zufriedenheit ausgesprochen.

II. Therapeutische Revue.

Von Prof. Dr. Max Joseph.

Das bedeutendste therapeutische Ereignis des letzten Jahres bildet immer noch das **Salvarsan**, zumal seitdem Ehrlich als Ergänzung des alten Salvarsans das **Neosalvarsan** bekannt gab. Wir haben fortlaufend über die neuesten Arbeiten berichtet, und es bleibt uns nur noch übrig auf einige zusammenfassende Publikationen zurückzukommen. Allen voran steht Ehrlichs Überblick über den jetzigen Stand der Salvarsantherapie mit besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungen und deren Vermeidung (Zeitschrift f. Chemotherapie. I. H. 1. Leipzig, Thieme, 1912). Er legt eine große Reihe von anscheinend toxischen Nebenerscheinungen nicht dem Salvarsan zur Last, sondern führt sie mit Wechselmann auf die Anwesenheit von Keimen im destillierten Wasser zurück (Wasserfehler). Treten aber bei tadelloser Technik und vollkommen einwandfreier Beschaffenheit des Wassers Reaktionen bei Syphilitikern auf, so handelt es sich fast ausnahmslos um das Frühstadium der Lues. Alsdann werden durch das Salvarsan auf einmal eine große Menge von Spirochäten abgetötet, die eine pyrogene Reaktion auslösen. Hierbei beginnt die Fieberreaktion erst 3 bis 6 Stunden nach der Injektion und die Temperatur steigt allmählich an, während Frostgefühl und stärkeres Unbehagen gewöhnlich nicht auftritt und die ganzen Erscheinungen überhaupt nur unbedeutend sind. Außerdem ist das „Spirillenfieber“ meist auf die erste Salvarsaninjektion beschränkt. Im Gegensatz hierzu setzt die durch den Wasserfehler bedingte Temperatursteigerung schon in den ersten Stunden nach der Injektion meist mit Schüttelfrost ein. Die Schädlichkeiten, die dem Salvarsan anzuhaften schienen, sind nicht auf eine besondere toxische Quote des Salvarsans zu beziehen, sondern sie haben ihren Grund teils in einer falschen Applikation (Injektion von

Bakterienendotoxinen), teils in der Art der Erkrankung: 1. in der Existenz von Spirochätenherden, in die das Mittel nur allmählich und schwer eindringen kann (Neurorezidive); 2. im Auftreten lokaler Reaktionen, die dadurch zustande kommen, daß unter dem Einfluß des stark keimtötenden Mittels die Endotoxine eine lokale Reaktion auslösen, wie wir sie zuerst von Koch beim Tuberkulin kennen gelernt haben. Diese Reaktionen haben sich im Nervensystem besonders unangenehm bemerkbar gemacht, aber jedes Mittel, welches eine maximale keimtötende Wirkung besitzt, wird mit diesem Umstande zu kämpfen haben.

Auch Ullmann (Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 4) fand in seiner Arbeit über die Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des Salvarsans in ihren Beziehungen zur Therapie, daß die chemischen Untersuchungen nicht für eine Neurotropie des Salvarsans sprechen. Besonders interessant war aber, daß noch viele Monate nach einer einzigen intravenösen Infusion von etwa 0,4 bis 0,5 immer noch deutliche Spuren von Arsen im Harn sich nachweisen ließen. Darnach ist das Salvarsan ungleich remanenter als analoge Mengen von Quecksilberpräparaten.

In besonders eingehender Weise hat Leredde (La sterilisation de la syphilis. Paris, Maloine, 1912. 2,50 Frcs.) die Technik der Salvarsanbehandlung, Dosierung und Zufälle nebst der Wassermannschen Reaktion besprochen.

Besonders großen Wert mißt Carl Lange (Zeitschrift f. Chemotherapie. I. 1912. H. 1) der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit für die Prognose und Therapie der Lues in den frühesten Stadien bei. Er fand bei einer Reihe frühluetischer Patienten eine Beteiligung des Zentralnervensystems, die bis jetzt sicher stark unterschätzt wurde. Da sich diese Veränderungen zuweilen ohne gleichzeitiges Vorhandensein irgendwelcher klinischer Symptome finden können, so muß darauf gedrungen werden, daß bei jedem syphilitisch Infizierten im Verlaufe der ersten Monate oder Jahre mindestens einmal eine Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit mit allen zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden vorgenommen wird. Als neu beschreibt Lange die Goldmethode, die klinisch gut brauchbare Resultate gibt und unter Umständen geeignet ist, Klärung zu verschaffen, wo die bisherigen Methoden nicht ausreichen. Es wurde eine der feinsten neueren Eiweißuntersuchungsmethoden auf die Untersuchung des Liquor übertragen, nämlich die Bestimmung der „Goldzahl“ nach Zsigmondy.

Von den neueren Jodpräparaten scheint das Jodival mit 47% Jodgehalt in gleicher Weise wie das Jodkalium eine energische Jodwirkung hervorzurufen. Bayer (Therapie d. Gegenwart. 1911. H. 7) sah bei einer Dosis von dreimal täglich 0,3 g fast nie Jodismus eintreten. Die gleichen Beobachtungen konnten Brexendorff (Fortschritte d. Medizin. 1911. H. 30) und Pohlmann (Berliner klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 43) machen. Auch dem Jodfersan wird von Ecsedi und Sebök (Pester med.-chir. Presse. 1912. H. 21) eine gute Wirkung nachgerühmt. Bei einer steigenden Dosierung bis zu 12 Pillen täglich schwanden auch sehr hartnäckige und schwere Symptome in kurzer Zeit. Ebenso stellte sich nach Versuchen von Wohl (Ebenda. 1912. H. 27) nach Verordnung von Jodostarin (6 bis 10 Tabletten täglich) die Jodwirkung stets prompt ein und blieb eine dauernd gleichmäßige. Das Präparat belästigte den Magen oder Darm auch in großen Dosen nie. Eine Bestätigung hiervon hat neuerdings Saalfeld (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 42) gegeben.

Die physikalische Therapie bei Pigmentanomalien der Haut bespricht Sh. Dohi (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1912. Mai). Er behandelte mehrere Fälle von Vitiligo teils mit Kromayer-Lampe oder Röntgen, teils mit Kohlensäureschnee und konnte besonders mit Quarzlampe relativ günstigen Einfluß erzielen. Die Bestrahlungen müssen nach erzieltm Erfolge noch mehrmals wiederholt werden. Ebenso fanden Sano und Maki (Ebenda) in K. Dohis Klinik die Kohlensäureschneebehandlung pigmentbefördernd bei Vitiligo, wobei die Applikation der Schneemasse sehr kurz (einige Sekunden bis halbe Minute) und leicht geschehen muß.

Anläßlich eines Vortrages über die Teerbehandlung der Hautkrankheiten berichtet G. Nobl (Centralblatt f. d. ges. Therapie. 1911. H. 11), daß die Pityriasis rosea prompt auf eine 10%ige Ol. Rusci-Zinkpaste abschilfert. Zur Herstellung von Teerbädern im Hause werden nach Spiegler 100,0 Ol. Rusci und 20,0 Ammon. pur. liquida gut zusammengemührt, dann 10,0 Gelatin. alb. in 50,0 Aq. font. am Wasserbad gelöst und diese Lösung im lauen Zustande mit 50,0 einer 20,0%igen warmen Natr. carbonic.-Lösung gemischt. Dieses Gemenge wird dann unter stetem Rühren dem Teer beigefügt. Wenn man die in Gasesäckchen gehüllte Masse am Wannenrand befestigt, so wird der Teer in kurzer Zeit in das Badewasser ausgelaugt und

nur ein geringfügiger Rückstand zurückbehalten. Es entsteht eine völlig klare Lösung, in der die Kranken unbeschadet bei 28—29° eine halbe Stunde hindurch belassen werden können. Eine zweite Art von Teerbädern kann man dann verordnen, wenn man über keinen geschulten Pharmazeuten verfügt, da die richtige Herstellung der Teergelatine immerhin einige Übung voraussetzt. Es ist dies ein Gemenge von Ol. Rusci 150,0 mit Liq. kalii caust. (15%), das nach dem Verfahren von Taege mit $\frac{1}{2}$ Liter denaturiertem Spiritus versetzt unter beständigem Umrühren in dünnem Strahl in ein Vollbad gegossen wird. Dieses Quantum reicht zur Herstellung von zwei Bädern aus.

Als Lokalanästhetikum hat sich das Cycloform gut bewährt. Rich. Werner (Münchener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 38) verwendet eine Salbe von Cycloform 32,50, Naftalan 225,0, Lanolin. anhydr. 175,0, Ol. olivar. 97,50, Zinci oxydat. 100,0, Acid. horic. 50,0 zur schnellen Förderung der Granulationen und Epidermisierung bei schmerzhaften Wunden. A. Zeller (Med. Klinik. 1910. H. 45) gebraucht es bei schmerzhaften Rhagaden an den Händen beim chronischen Ekzem, leichteren Fällen von Fissura ani, Intertrigo, beginnendem Decubitus und schmerzhaften Granulationen. Das dankbarste Objekt sind aber die chronischen Unterschenkelgeschwüre. Wenn bei Ärzten und Schwestern durch zu vieles Bürsten die Haut der Vorderarme sich rötete und einen brennenden Schmerz verursachte, so gibt es kein besseres Mittel als Cycloform. Eine abendliche Einreibung mit 5%iger Salbe genügte, um beide Erscheinungen bis zum folgenden Morgen verschwinden zu lassen. Die gleichen guten Beobachtungen über Cycloform als Streupulver mit seiner lokalanästhetischen Wirkung bei Unterschenkelgeschwüren konnte Krecke (Münchener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 46) machen. Bircher (Med. Klinik. 1911. H. 6) konnte eine gute anästhesierende Wirkung mit der 5%igen Cycloformsalbe bei zwei hartnäckigen Fällen von Prurigo erzielen. Heilung trat zwar nicht ein, aber die Patienten waren von dem lästigen Juckreiz befreit.

Eine vorzügliche Übersicht über die Behandlung der äußeren parasitären Hauterkrankungen gibt Sabouraud (Paris, Bailliére, 1911).

Schließlich noch ein Wort über die **Lupusbekämpfung**. Gerber (Münchener med. Wochenschrift. 1911. Nr. 47) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß im Nasenvorhof, und zwar oben im vorderen Nasenwinkel, meist der eigentliche Primäraffekt des Gesichtslupus sitze. Ebenso betont Carl Stern (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 2), daß man den Lupus in seinen Anfängen aufsuchen müsse und macht dazu eine Reihe von sehr praktischen Vorschlägen, wie alle Kreise vor allem auch vom finanziellen Standpunkte mehr als bisher hierzu herangezogen werden können. In seinem Bericht über die Physiotherapie des Lupus zählt Francois (Ann. d. Méd. Physique. Anvers 1912) die verschiedensten Behandlungsmethoden, die Holländersche Heißluftkauterisation, die Röntgentherapie usw. auf und belegt die hierdurch erzielten günstigen Erfolge durch eine Reihe von Abbildungen.

Im Anschluß hieran wird vielleicht die von K. Klein aufgeworfene Frage interessieren, ob Gesundheitsschädigungen vorübergehender oder dauernder Art bekannt geworden sind bei Verwendung von Lichtquellen mit einem an ultravioletten Strahlen reichen Spektrum, wie sie beispielsweise die Quecksilberdampf- und Quarzlampenbeleuchtung besitzen. Es ist zweifellos, daß die ultravioletten Strahlen dem Auge bei längerer Dauer durchaus nicht unschädlich sind. Daher regt Klein an, das Quecksilberlicht wie überhaupt alle künstlichen Lichtquellen mit einem an ultravioletten Strahlen reichen Spektrum durch Anwendung geeigneter Absorptionsfilter daraufhin genau zu untersuchen, welchem Bereiche der ultravioletten Strahlen die als unangenehm empfundenen angehören, wie die Reizwirkungen auf den Körper bei den verschiedenen Strahlenarten physiologisch zustande kommen und welche praktisch brauchbaren Wege zur Vermeidung von Schädlichkeiten man einzuschlagen hat.

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre supérieur. Régions du bras et du coude**, par M^{me} Bellocq-Irague. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIII. S. 239.)

Das Ergebnis der Verfasserin verdient als ein Baustein zu einer späteren kausalen Erklärung der Lokalisation gewisser Dermatosen dem Leserkreis dieses Centralblattes vorgeführt zu werden. Wir werden in der Arbeit auf eine charakteristische Verschiedenheit in der Verteilung der Blutgefäße aufmerksam gemacht, die zwischen der vorderen und hinteren Fläche des Armes und Ellenbogens besteht. Während nämlich auf der Beugeseite dieser Bezirke die hypodermischen Gefäße wenig zahlreich sind und die dermische Vaskularisation sich sehr reich und fein gestaltet, sind auf der Streckseite die hypodermischen Gefäße zahlreich und voluminös, die Anastomosen sehr entwickelt und die dermischen Zweige erscheinen entweder als Terminalgefäße oder stellen ein weitmaschiges und unregelmäßiges Netz dar. B. Solger-Neiße.

- 2) **Versuche der Detätowierung**, von J. Peller. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Oktober.)

Nach 6 Fibrolysininjektionen zu 3 ccm sind entsprechend geformte, mit scharfen Rändern versehene Nadeln in die Haut zu stechen und in der Richtung der Tätowierungslinie zu führen, und zwar so, daß sie nicht über der Schicht des Pigments gleiten, sondern möglichst in dieser bleiben. So wird ein Kanal von $\frac{1}{2}$ —2 cm Länge hergestellt, dann die Nadel herausgestochen. Mit der Nadel wird ein durch Tage in 50%iger Argentum nitricum-Lösung getränkter Faden durch die Stichkanäle geführt. Warme Umschläge. Nach 2 Tagen werden die Fäden entfernt. Es entsteht eine heftige lokale Entzündung, wobei der Farbstoff nach außen transportiert wird. Die Erfolge waren gute. Immerwahr-Berlin.

- 3) **Über eine bisher nicht bekannte Nebenwirkung des Yohimbins**, von Hübner. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Oktober.)

Verf. stellte an Kaninchen fest, daß mit hohen, aber nicht toxischen Dosen von Yohimbin eine Nierenreizung erzielt wird, die möglicherweise in Entzündung übergehen kann. Immerwahr-Berlin.

- 4) **In ihrem Inneren eine Talgdrüse enthaltende Haare des Kinnes**, von S. Giovannini. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 40.)

In der Substanz der Kinnhaare einer Leiche waren Talgdrüsen vorhanden, die sich mit ihrem unteren Ende auf den Follikelgrund oder auf den Papillenhals stützten und sich von den gewöhnlichen Follikeltalgdrüsen nur durch die Länge und durch die Feinheit ihres Ausführungsganges unterschieden. Die innere Wurzelscheide dieser Haare zeigte außer Unregelmäßigkeiten ihrer Dicke nicht selten längs des Drüsenganges einen Spalt. Bei einem der Haare war der Papillenhals mit einer Wurzel versehen, von welcher an einer Seite ein Bindegewebsstrang, an der anderen ein einfacher Ausläufer ausging. Bei einem anderen war die Basis des Bulbus zweilappig. Ein drittes war mit einem Musculus arrector versehen, was bei den Kinnhaaren gewöhnlich nicht der Fall ist. Schourp-Danzig.

- 5) **Das Pinselhaar, Thysanothrix**, von F. Franke. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Verf. beobachtete eine Haaranomalie. In ihrem Aussehen an Mitesser erinnernd, saßen 10—25—30 feinste Härchen pinselförmig zusammen auf der Rückenhaut; sie entsprangen einer gemeinsamen Wurzel und hatten auch eine gemeinsame äußere Wurzelscheide; sie entsprangen aber aus der Wurzel nicht in gleicher Tiefe. Schourp-Danzig.

- 6) **Über einige für die Dermatologie anwendbare neue kolloide Präparate**, von J. Strandberg. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1912. H. 8.)

Verf. erprobte Kolloidpräparate mit Gehalt von Schwefel, Teer, Naftalan und Lanolin, sowie kolloidales Quecksilber und rühmt an denselben im Vergleich mit anderen Präparaten die infolge der feineren Körnung bedeutendere Durchdringung und daher stärkere Wirkung. Neben den meist geeignetsten Lösungen wurden auch Salben hergestellt. Besonders gute Resultate wurden bei Impetigo mit $\frac{1}{2}$ —2%iger Schwefellösung, bei Sycosis mit Salben von kolloidalem Lanolin und kolloidalem Schwefel erzielt. Kolloidale Teerpräparate bewährten sich bei chronischen Ekzemen und Pemphigus foliaceus, kolloidales Naphthalan bei Seborrhoe. Die Viskosität der Lösung kann durch Alkoholzusatz vermindert werden. Auch zur Bereitung von Haarwässern und anderen Toilettemitteln sind die Lösungen zu verwenden. J.

- 7) **Methode der Ausstrichkulturen beim Studium von Epidermispilzen**, von J. Aoki. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1912. August.)

Verf. suchte die Fehler anderer Methoden, ungenügende Zerstreuung der Konidien auf den Gläschen und schwieriges Entfernen und Färben der zwischen den zwei Glasplatten entwickelten Kulturen zu vermeiden. Er breitete sein Material mit sterilem Wasser auf Deckgläschen aus, zerstreute die Konidien ausgiebig, beobachtete ihre Keimung und befestigte die Deckgläschen auf Objektträgern in bestimmter Distanz mit Paraffin. Hierdurch konnte man die Deckgläschen ohne Beschädigung des Pilzes leicht entfernen und färben. Das Material wurde in feuchten Kammern weiter gezüchtet. Bei Pilzen von Favus und Mikrosporie wurden mit diesem Verfahren vorzügliche Resultate erzielt. J.

- 8) **The pathology of the skin from the eyelids and the naso-facial grooves**, by J. E. R. Mc Donagh. (British Journ. of Dermatology. 1912. August.)

Anschließend an den Bericht eines Trichoepithelioms, eines Syringoms, gemischter Tumoren, Sebaceoadenoms und Ulcus rodens erörtert Verf. das Wesen und den Ursprung der Tumoren der Augenlider und Nasofazialgruben. Alle diese Wucherungen sind epithelialen Ursprungs und atavistischen Charakters, da sie sich in ausgeprägter Weise bei vielen Säugetieren finden. Alle diese Tumoren, vom einfachsten Haarfollikelknötchen bis zum Ulcus rodens, sind nur mehr oder weniger entwickelte Glieder der Kette histologischer Erscheinungen. J.

- 9) **Physiologische und therapeutische Studien über die Lichteinwirkung auf die Haut**, von L. Freund. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 5.)

Im Anschluß an die Beobachtung und Behandlung eines schweren Falles von Hydroa aestivalis machte Verf. ausgedehnte Untersuchungen über die Lichteinwirkung auf die normale Haut und speziell über die bei der genannten Krankheit ätiologisch in Betracht kommenden Strahlenmengen. Für die Entstehung des Erythema photochemic. und der Hydroa aestivalis kommen die ultravioletten Strahlen in Betracht. Die divergent austretenden Strahlen der vom Verf. benutzten Flammenbogenlampe (1000 Normalkerzen) und die durch einen Glaskolben konzentrierten Strahlen einer Bogenlampe von 7300 Normalkerzen ließen sich mittels Zelloidin, Lenta- und Rodaminpapier nicht mehr in der Tiefe von 15 mm nachweisen. Empfehlung einer 4%igen Äskulinsalbe zur Verhütung der Hydroa aestivalis. Willy Cohn-Berlin.

- 10) **Überempfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen und gegen Kohlen-säureschnee**, von S. Bogrow und Th. Grintschar. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 37.)

Es kommen zweifellos Fälle vor, die zweimal stärker als normal auf Röntgenstrahlen reagieren; zugleich kann auch noch seltenere Überempfindlich-

keit gegen Kohlensäureschnee bestehen. Als Grund dieser Erscheinungen darf möglicherweise Abnahme normaler Resistenz der Gewebe und Gefäße unter dem Einflusse der Toxine (Tuberkulose) angenommen werden. Zur Vermeidung der schweren Folgen sollen die ersten Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen und Ätzungen mit Kohlensäureschnee möglichst schwach sein. Schourp-Danzig.

11) **Über eine kolorimetrische Methode der quantitativen Tryptophanbestimmung und über den Tryptophangehalt der Horngebilde und anderer Eiweißkörper**, von H. Fasal. (Biochem. Zeitschrift. XLIV. 1912.)

Im Verlaufe seiner Untersuchungen über die chemischen Vorgänge bei der Verhornung schien es dem Verf. von Interesse, festzustellen, inwieweit das Tryptophan an dem Aufbau der Keratine beteiligt ist. Da diese Substanz, die chemisch als Indolamidopropionsäure charakterisiert ist, in den Horngebilden sehr verbreitet ist, so wurde die verhornte menschliche Oberhaut, dann Haar und Nagelkeratin, aber auch noch verschiedene andere Eiweißkörper in bezug auf den Tryptophangehalt untersucht. Die bisher zur quantitativen Bestimmung benutzte Methode von Hopkins und Cole war nicht verwendbar, weil diese eine Jodisierung des Tryptophans durch Enzyme voraussetzt, eine solche bei den Horngebilden aber nicht möglich ist. Die neue, vom Verf. ausgearbeitete Methode ist eine kolorimetrische und gründet sich auf die Reaktion von Adamkiewicz-Hopkins. Tryptophan gibt nämlich mit Glyoxylsäure und konzentrierter Schwefelsäure eine rotviolette Färbung, deren Intensität von der Menge des Tryptophans abhängt. Da diese Reaktion nicht nur dem freien, sondern auch dem im Eiweiß gebundenen Tryptophan zukommt, so kann der Tryptophangehalt der verschiedensten Eiweißarten leicht festgestellt werden. Man braucht nur die Adamkiewicz-Hopkinsche Reaktion mit den zu untersuchenden Eiweißkörpern und gleichzeitig mit Lösungen von bekanntem Tryptophangehalt auszuführen und die in beiden Fällen erhaltenen Färbungen im Kolorimeter zu vergleichen. Auf diese Weise hat also Verf. das Tryptophan in einer Reihe von Horngebilden bestimmt. Während in menschlicher Haut überhaupt kein Tryptophan, in Nägeln nur geringe Mengen nachweisbar waren, enthält die verhornte menschliche Oberhaut 0,3%. Es ist diese Menge als relativ sehr groß zu bezeichnen, da Laktalbumin als der bis jetzt als am tryptophanreichsten anzusehende Eiweißkörper 3,07% und Kasein 0,5% enthalten. Am Schlusse seiner Arbeit weist Verf. auf die offenbar große Bedeutung des Tryptophans für die physiologische Wirkung der Eiweißkörper hin, da es als erwiesen zu betrachten ist, daß nur solche Eiweißkörper den Eiweißbedarf des Organismus zu decken vermögen, die tryptophanhaltig sind.

Ludwig Kaufmann-Berlin.

12) **Betrachtungen über die Ätiologie der Hautkrankheiten**, von Finger. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 1.)

Die Frage nach der Ätiologie der Hautkrankheiten bewegt sich heute in der Richtung der Krasenlehre. Von Organerkrankungen, die als Ursache von Hautkrankheiten angesehen werden, sind vor allem Magenkrankungen zu nennen. Als spezifische Hauterkrankungen bezeichnet Verf. solche, die nur unter der Vorbedingung der speziellen inneren Erkrankung auftreten (diabetisches Xanthom, gichtische Hautkrankheit, ikterischer Pruritus). Auch die innere Sekretion und die Anaphylaxie sind ätiologisch für die Hautkrankheiten von Bedeutung geworden.

Willy Cohn-Berlin.

13) **Toxikologische Beobachtungen über Thorium X bei Mensch und Tier**, von Löhe. (Virchows Archiv. CCIX. H. 1.)

Das Thorium scheidet sich aus dem Körper durch Nieren und hauptsächlich durch den Darm aus. Tierexperimentell findet man hier die schwersten Schädigungen, insbesondere bei den Karnivoren, da die Darmwand der Herbivoren durch die reichliche Aufnahme von Zellulose anscheinend nicht in so enge Berührung mit dem Thorium kommt. Da die einmalige unschädliche Dosis bei einem 8 kg schweren Hund bei 100 000 M.-E. liegt, so dürfte diese beim erwachsenen Menschen etwa 1 000 000 M.-E. ausmachen. Nach 8 Tagen kann eine gleich dosierte Injektion wiederholt werden. Schwere Schädigungen sind aber nicht allein auf eine einmalig eingebrachte zu hohe Dosis, als vielmehr auf die zu rasche zeitliche Aufeinanderfolge mehrerer Injektionen zurückzuführen. Bei der Obduktion zweier mit Thorium X behandelten Patienten, wovon der eine 5 000 000 M.-E. innerhalb 16 Tagen bekommen hatte, fand sich eine schwere hämorrhagische Nephritis und Enteritis. Pürckhauer-Dresden.

Entzündliche Dermatosen.

- 14) **Über das Wesen der sogen. idiopathischen Erytheme**, von H. Geber. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. September.)

Leichte abgeschwächte septische Erkrankungen können Erytheme hervorrufen, bei denen das morphologische Bild abhängig ist von der Virulenz der Bakterien und davon, in welcher Schicht der Haut die Veränderungen sitzen. Zumeist handelt es sich um oberste Entzündungen, welche, ohne weitere Veränderungen einzugehen, nach längerer oder kürzerer Zeit zurückgehen. Die Entzündung kann so kurzdauernd sein, daß sie nur einige Stunden dauert, d. h. sie verläuft wie Urticaria. Oder an die Entzündung kann sich auch gelegentlich Eiterung und Nekrose anschließen, wodurch es zur Pustelbildung und oberflächlicher Geschwürsbildung kommt. Die Veränderungen müssen als Metastasen aufgefaßt werden, in welchen man auch mitunter die Krankheitserreger nachweisen kann.

Immerwahr-Berlin.

- 15) **Erythema elevatum et diutinum**, von G. Piccardi. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

Bei einem 20jährigen Gärtner, der durch seinen Beruf oft mit Händen und Füßen mit Wasser in Berührung kommt, traten unter rheumatoiden Beschwerden vorzugsweise an den Streckflächen der Extremitäten in symmetrischer Anordnung erythematovesikulöse und papulohämorrhagische Effloreszenzen auf, welche lange persistierten und sich in harte, keloidartig aussehende, deutlich umschriebene und mit einer hyperkeratotischen Epidermis bekleidete Papeln umwandelten.

Schourp-Danzig.

- 16) **Rodent ulcer occurring in a patch of psoriasis in the gluteal cleft**, by A. M. H. Gray. (British Journ. of Dermatology. 1912. September.)

Bei einer 56jährigen Patientin bestand eine Psoriasis seit mehr als 20 Jahren; vor 10 Jahren bildete sich eine wund Stelle an der Glutealregion, welche später gelbliche Flüssigkeit entleerte und heftig schmerzte. Die Patientin war bereits in Verdacht auf Lupus, aber vergeblich, mit Röntgen und Radium behandelt worden, ebenso wie die Psoriasis jeder Medikation, auch höheren Arsendosen, Widerstand geleistet hatte. Da das Ulcus maligner Natur schien, wurde radikale chirurgische Entfernung vorgenommen, und die histologische Untersuchung ergab Ulcus rodens. Der Arsenbehandlung schreibt Verf. diese Erscheinung nicht zu, da keinerlei Arsenkeratose zu bemerken war. J.

- 17) **Die Behandlung der Psoriasis mittels Kälteanwendung**, von Axmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

Zur Ausrottung besonders widerstandsfähiger Psoriasisherde erweist sich der relativ tiefwirkende, unschädliche Kohlensäureschnee als zweckdienlich. Zu diesem Zwecke hat Verf. einen Apparat angegeben, der von Louis u. H. Löwenstein-Berlin zu beziehen ist.

Schourp-Danzig.

- 18) **Der Mastisolverband bei Verbrennungen**, von O. Neugebauer. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 10.)

Empfehlung des von v. Öttingen angegebenen Mastixverbandes zur Behandlung von Verbrennungen, der mit seiner Einfachheit und Materialersparnis auch die Schonung der Wunde und Verhinderung der Infektion verbindet und sich dadurch für die dermatologische Ambulanz in vielen Fällen gut bewährt.

Lilienstein-Berlin.

Zirkulationsstörungen der Haut.

- 19) **Ein Fall von Pellagra im Kindesalter**, von Fritz. (Pester med.-chirurg. Presse. 1912. Nr. 31.)

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 6jährigen Mädchen. Charakteristisch für die Affektion war ein die Haut der Hände und Füße befallender, mit einem mäßigen Ödem verbundener Entzündungsprozeß, welcher bei seiner Rückbildung zu starker Abschuppung führte. Von Veränderungen des Nervensystems fanden sich Erregungszustände des Gehirns, motorische Störungen, Fehlen der Reflexe. Besserung durch Salvarsan. Gegenüber der bisherigen Annahme, daß die Krankheit durch toxische Einflüsse (verdorbenen Mais) hervorgerufen werde, neigt Verf. mehr zur parasitären Theorie von Sambon, wie auch bei dem Fall vollkommen Zeismus fehlte. Willy Cohn-Berlin.

- 20) **Über Urticaria pigmentosa congenita**, von Joh. Fabry. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIII. 1912.)

Das Bild der drei Typen von Urticaria pigmentosa stellt Verf. dahin fest, daß bei der einfachen Urticaria pigmentosa sich Quaddeln bilden, die braune Flecke hinterlassen, bei der Urticaria pigmentosa et perstans papulosa innerhalb der Flecken persistierende gelbe Papeln und Quaddeln entstehen, beide Formen als histologische Grundlage den Mastzellentumor haben. Bei dem dritten Typus, der Urticaria xanthelasmoidea haemorrhagica, schießen strohgelbe, lange fortbestehende Geschwülste neben, aber nicht im Bereiche der Flecke auf, während sich histologisch Hämorrhagien in der Cutis finden. Aus dem Berichte von 2 Fällen von Urticaria pigmentosa congenita und der selteneren Form von Urticaria pigmentosa xanthelasmoidea folgert Verf., daß es sich bei beiden um nahe verwandte Erkrankungen handelt, die aber doch Verschiedenheiten aufweisen, wie ihnen auch anatomisch die verschiedenen Charakteristica des Mastzellentumors einerseits und der Hämorrhagien andererseits zugrunde liegen.

J.

- 21) **Über hämorrhagische Nephritis bei Purpura**, von A. Lippmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 30.)

Bei der Purpura haemorrhagica tritt als nicht ganz seltene Komplikation eine hämorrhagische Nephritis auf. Ganz leichte Fälle heilen schnell aus. In der Regel bildet sich eine chronische, interstitielle, hämorrhagische Nephritis aus, welche jahrelang bei voll erhaltener Arbeitsfähigkeit weiter besteht und ohne Wirkung auf Herz und Blutdruck bleibt. Die schwersten Formen

führen von dem akuten Stadium aus zur Urämie. Die Formen von allgemeiner Purpura — Haut-, Gelenk- und Darmbeteiligung — sind für die Nephritis prädisponiert. Als Erklärung für diese Nephritis werden in Analogie mit Löhleins Beobachtung bei Endocarditis verrucosa Glomerulusembolien angenommen.

Schourp-Danzig.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 22) **Beiträge zur Radiumtherapie der bösartigen Geschwülste**, von K. Dohi und M. Mine. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1912.)

Die Verf. behandelten mit Radium Karzinome der Vulva, der Urethra, der Prostata, eine maligne Geschwulst der Parotisgegend und zwei metastatische Halstumoren und erzielten zweimal völlige Heilung, in den übrigen Fällen erhebliche Besserung.

J.

- 23) **Ein typischer Fall von Boeckscher Krankheit, Sarkoid (Miliarlupoid) Boeck, großknotige und infiltrierende Form**, von P. Unna jun. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 39.)

Bei einem Manne der mittleren Jahre bestehen multiple erbsen- bis hühnereigroße Geschwülste im Gesicht und an den oberen Extremitäten in symmetrischer Anordnung. Plötzlich in der kalten Jahreszeit auftretend, hat die Affektion einen gutartigen, sich über Monate erstreckenden chronischen Verlauf, indem die Geschwülste aus der Tiefe der Haut nach der Oberfläche aufsteigend regelmäßig verschiedene Entwicklungsstadien durchmachen. Die Effloreszenzen zeigen ein langsames peripheres Wachstum sowie Neigung zur Spontanrückbildung. Die Knoten und Infiltrate haben eine harte Konsistenz, eine bräunliche oder bläuliche Farbe, zeigen an der Oberfläche eine feine Abschuppung, niemals aber Neigung zu ulzerieren oder zu erweichen. In allen Effloreszenzen finden sich die von Boeck beschriebenen Elementarelemente: gelbbraune bis graue miliare Foci. Die Knoten zeigen auf der Höhe ihrer Entwicklung eine zentrale Einsenkung, innerhalb deren die oberflächlichen Gefäße stark erweitert und injiziert sind. Als ein häufiges Vorkommnis finden sich die Hallopeauschen Milien. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist gut; die Tuberkulosereaktionen sind negativ. Therapeutisch erweisen sich größere Dosen von Arsenik und Ichthyolbehandlung der Knoten von guter Wirkung.

Schourp-Danzig.

- 24) **Familial v. Recklinghausens disease**, by J. D. Rolleston und N. S. Macnaughtan (Review of Neurology and Psychiatry. 1912. Januar.)

Mehrere Familienglieder litten an der Recklinghausenschen Erkrankung, aber in verschiedenen Stadien, von leichter hellbrauner Färbung bis zu blauen Flecken und molluscumähnlichen Tumoren. Im Anschluß an die verschiedenen Krankengeschichten weist Verf. auf die Rolle hin, welche Gallensteinkoliken und gastrische Störungen bei dieser Dermatoze spielen können, sowie auf die Möglichkeit, daß das dabei affizierte Nervensystem auch gelegentlich völlig unberührt bleiben könne.

J.

- 25) **Possible interrelationship of acanthoma adenoides cysticum (multiple benign cystic epithelioma) and syringo-cystadenoma (lymphangioma tuberosum multiplex)**, von R. L. Sutton und Ch. C. Dennie. (Journ. of the Amer. med. Association. 1912. 3. Februar.)

In 2 Fällen stellte sich bei sonst gesunden Individuen das jahrelang bestehende, über Stirn, Hals, Rücken und Brust verbreitete Lymphangioma

tuberosum multiplex als eine gutartige Neubildung dar, welche von falsch gelagerten embryonalen Drüsenelementen herstammte. Trotzdem diese Wucherungen benigne zystische Epitheliome sind, unterscheiden sie sich sowohl klinisch als mikroskopisch vom adenoiden zystischen Akanthom und wären richtiger als Syringozystadenom zu bezeichnen. J.

26) **Molluscum contagiosum beim Menschen**, von Campana. (Zentralblatt f. Bakteriologie. LXV. H. 6 u. 7.)

Bei Übertragung des Molluscum contagiosum in die Hornhaut von Kaninchen entwickeln sich parasitäre Einschlüsse, die nicht als Erscheinungen zellulärer Art anzusehen sind. Diese enthalten stets sowohl den eigentlichen Erreger, ein nach Giemsa färbbares Sporozoon, als in größerer Menge einen bazillenförmigen Schizomyzeten, der zur Ernährung des spezifischen Parasiten notwendig ist. Mit Kulturen des Sporozoon auf Agar-Agar gelingt es, auf Schleimhäuten eine exsudative Entzündung hervorzurufen, nicht dagegen mit denen der begleitenden Schizomyzeten. Pürckhauer-Dresden.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

27) **Fall von Anonychia totalis congenita**, von A. Paldrock. (Dorpater Med. Gesellschaft. 1912. 27. April.)

Der 50jährige Patient kam wegen eines Lichen und einer Dermatitis zur Behandlung, wobei die seltene Erscheinung festgestellt wurde, daß ihm an Fingern und Zehen sämtliche Nägel fehlten. Der Fall war um so merkwürdiger, als die sonst für Anonychia ursächlichen Momente, erschöpfende Krankheiten, gewisse Dermatosen, mechanische Verletzungen, völlig ausgeschlossen waren, vielmehr stellte sich bei Nachforschung heraus, daß der Pat. ohne Nägel geboren war. Die häufig mit dem Fehlen der Nägel einhergehende Haarlosigkeit und Zahndefekte waren nicht vorhanden, vielmehr erfreute sich der sehr arbeitsfähige Bauer auch eines vorzüglichen Haar- und Bartwuchses und guter Zähne. Die Anonychia, die ihn nicht belästigte, war natürlich nicht zu beeinflussen. In seiner eigenen und seiner Eltern Familie besteht kein ähnlicher Fall. J.

28) **Beitrag zur Klinik und Ätiologie der atrophisierenden Dermatiden**, von M. Oppenheim. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 10.)

Die verschiedenartigen Krankheitsbilder, die unter dem Namen Hautatrophien zusammengefaßt werden, wie die Erythromyelie, idiopathische Hautatrophie, Acrodermatitis atrophicans, Atrophia maculosa usw., haben als Charakteristikum im histologischen Bild Entzündungserscheinungen und schlaffe Atrophie gemeinsam. Diese Atrophie betrifft vor allem die elastischen Fasern, deren Schwund die bei den Erkrankungen beobachteten klinischen Erscheinungen erklärt. Zur Ätiologie der verschiedenen Formen der atrophisierenden Dermatiden werden die verschiedensten Ursachen herangezogen, ohne daß für die eine oder andere Ansicht ein allgemein gültiger Beweis erbracht wurde. Tatsächlich scheinen Temperatur- und Witterungseinflüsse die Rolle eines auslösenden Momentes beim Zustandekommen der Atrophie zu spielen. Hinzu kommt noch nach Ansicht des Verf.'s eine angeborene Widerstandsschwäche der elastischen Fasern, die durch die verschiedenartigsten Noxe zum Schwund gebracht werden. Zum Beweise dieser Anschauung führt Verf. einen Fall von Dermatitis atrophicans diffusa progressiva der rechten unteren Extremität mit gleichzeitig bestehendem Naevus angiomaticus der rechten oberen Extremität

an. Beide Affektionen bieten im histologischen Bilde manche Analogien, und auch die Unnasche Theorie der Entstehung der Naevi durch intrauterinen Druck ließe sich leicht zur Erklärung der angeborenen Widerstandsschwäche der elastischen Fasern verwerten. Lilienstein-Berlin.

- 29) **Lupus érythémateux localisé à la partie gauche de la face et du cou chez une dyspeptique chronique tuberculeuse avec induration scléreuse du poumon gauche**, par Jourdanet et Lebar. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1912. Nr. 3.)

Bei einer manifest-tuberkulösen, dyspeptischen Kranken mit bindegewebiger Induration der linken Lungenspitze, Hyperämie, Hyperthermie (einmal $\frac{8}{10}^{\circ}$, ein zweites Mal $1,3^{\circ}$) und neuro-muskulo-kutaner Hyperästhesie — alles das links — trat während eines dyspeptischen Anfalles ein genau auf die linke Seite beschränkter Lupus erythematus auf. In diesem Ensemble erblickten die Verff. nicht das Ergebnis zufälliger Koinzidenzen, vielmehr beziehen sie die systematische Topographie des Hautleidens auf die Kompression des Hals-sympathicus der linksseitigen Spitzensklerose und auf die gastrischen Störungen, unter Berufung auf klinische und experimentelle Argumente, und versuchen folgende Erklärung ihres Falles: Die Dermatoze ihrer Kranken hat sich links lokalisiert aus mehreren Gründen: 1. sie kam zum Ausbruch bei einer chronisch Dyspeptischen anlässlich eines schweren Anfalles von Dyspepsie, deren hyperämische und neuro-muskulo-kutane, hyperästhetische Rückschläge sich vornehmlich links geltend machen: 2. die Kompression der Halsganglien des Sympathicus durch die linksseitige Spitzensklerose ist verantwortlich für die linksseitige Erythroze und Hyperthermie des Gesichts. H. Netter-Pforzheim.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 30) **Attempts at specific therapy in leprosy**, by D. H. Currie, M. T. Clegg and H. T. Hollmann. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1912. Fasc. 1.)

Die Verff. bereiteten und versuchten mit großer Sorgfalt verschiedene Substanzen direkt oder indirekt aus Kulturen von Leprabazillen. Vakzine aus suspendierten, getöteten Kulturen erwiesen sich als unbrauchbar, da sie nur sehr langsam resorbiert wurden und Abszesse verursachten. Lebende Kulturen erzeugten bei kleinen Dosen keine Abszesse und werden weiterer Prüfung empfohlen. Nach dem Muster des Alttuberkulin hergestellte Toxinepräparate hatten wenig Erfolge, Extrakte von Fettmaterial aus Leprabazillen konnten noch nicht lange genug versucht werden, um über die Wirkung zu urteilen. Serum von Pferden, nach Injektion von Leprabazillen, konnte zwar bisher noch keine therapeutischen Erfolge zeitigen, doch hoffen die Verff. auf Grund der starken Agglutination dieser Seren, daß hier bei weiteren Bemühungen ein Heilfaktor der Lepra zu finden sei. J.

- 31) **Further observation in rat leprosy**, by D. H. Currie and H. T. Hollmann. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1912. Fasc. 1.)

Die zum Versuche benutzten Ratten infizierten sich gleicherweise durch Inokulation oder durch Berührung mit anderen leprösen Ratten. Neben der lokalen Eruption, Knotenbildung und Alopezie an der Impfstelle erkrankten zuerst die Viscera, eine Bronchopneumonie gehörte meist zu den Frühsymptomen, auch die Milz wurde bald infiziert. Oft enthielt das Herzblut Leprabazillen und in diesem Falle waren die säurefesten Mikroorganismen auch in den Milben, welche das Tier heimsuchten, nachzuweisen. Diese Tat-

sache legte den Gedanken nahe, ob nicht in den Insekten eine häufige Infektionsquelle zu suchen sei. Kulturen mit dem Bacillus der Rattenlepra gelangen bisher nicht. J.

- 32) **Le salvarsan dans la lèpre; son influence sur le Wassermann dans cette maladie**, par Peyri Rocemora. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1912. Fasc. 1.)

Salvarsaninjektionen bei Lepra erzielten 3mal leichte lokale Besserung, 11mal erhebliche Besserung, 2mal keinen Erfolg. Das Mittel erwies sich somit zwar nicht als völlig heilkräftig, aber doch als einflußreiches Milderungsmedikament der Lepra, vielleicht in höherem Maße wie das Chaulmoogra, Antileprol und Carrasquillasche Serum. Während die anästhetische Form sich meist refraktär verhielt, wurden tuberosé Fälle, besonders noch frische und auf den Schleimhäuten lokalisierte nässende Leprome, recht günstig beeinflußt. Der Allgemeinzustand besserte sich stets, die Bazillen verminderten sich, unverändert blieb indessen die Wassermann-Reaktion. J.

- 33) **Untersuchung der Jakutenspeise auf Leprabazillen**, von A. Paldrock. (Sitzungsbericht der Naturforsch. Gesellschaft in Jurjew. 1912.)

In der oft verdorbenen und sicher im allgemeinen wenig zuträglichen winterlichen Fischnahrung der Jakuten konnte Verf. weder mit Färbemethoden noch mit Anreicherungsverfahren Leprabazillen finden. Die gelegentlich auftretende Lepra hat hier mit der Fischkost, selbst wo dieselbe eine ungesunde ist, keinen Zusammenhang. J.

- 34) **Sollen Leprakranke mit „Salvarsan“ behandelt werden?** von A. Paldrock. (Petersburger med. Zeitschrift. 1912. Nr. 9.)

Bei neun Leprösen wurden im ganzen 26 Injektionen mit 0,3—0,6 g Salvarsaninjektionen vorgenommen, so daß ein Patient eine, ein Patient zwei, fünf Patienten drei und zwei Patienten vier Injektionen erhielten. Die intramuskuläre Einführung sowie die Verwendung saurer Lösungen hatten keine lokale Reaktion zur Folge, wenn nach der Injektion mehrere Tage lang Priessnitzsche Umschläge gemacht wurden. Trotzdem traten drei Nekrosen auf. Nierenreizungen wurden nicht beobachtet. Die Wirkung bestand in einer gewissen Hebung des Allgemeinbefindens, Rückbildung der Leprome, Heilung von Ulzerationen, doch hielt diese Besserung nicht lange an und machte sogar akuterer Erscheinungen Platz. Verf. rät daher von der Behandlung Lepröser mit Salvarsan allein einstweilen ab. J.

- 35) **Über die Tuberkulinbehandlung bei Lepra**, von J. Yamamoto. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1912. August.)

Verf. erzielte mit Alt-tuberkulin in reaktionslosen Maximaldosen gute Erfolge bei 30 Leprafällen. Bei 8 Makulo-Leprösen heilten fast alle Symptome. Die Injektionen begannen mit 0,0001, stiegen bis 0,01 und wurden einmal wöchentlich subkutan an der Streckseite des Oberarms ausgeführt. Daneben wurde innerlich Ol. gynecardiae oder Leprol gegeben. J.

- 36) **Beitrag zur Behandlung der Lepra mit Nastin**, von M. Rudolph. (Arch. Brasileiros de Medicina. 1912. Juni.)

Verf. ist der Ansicht, daß Nastin die Leprabazillen im Organismus vernichte, damit die Quelle neuer Infektionen beseitige, den Prozeß zum Stillstand bringe und somit das einzige Mittel sei, welches positiv befriedigende Resultate erziele. Von sechs ausgewählten Fällen mit 5—16jähriger Krankheitsdauer wurde einer geheilt, vier erheblich gebessert. J.

- 37) **Beitrag zur Kenntnis der Lymphogranulomatose der Haut**, von Arndt. (Virchows Archiv. CCIX. H. 3.)

Das Krankheitsbild der Lymphogranulomatose ist charakterisiert durch eine Vergrößerung der Lymphdrüsen, event. auch Milz-Leberschwellung, Anämie, Hyperleukozytose, Eosinophilie, Fieber, Nachtschweisse, Diarrhöen, durch Bildung eines in umschriebenen Knoten auftretenden Granulationsgewebes besonders in Lymphdrüsen, Milz und Leber, seltener in Nieren, Lungen, Knochenmark und Haut. Die Hautveränderungen sind denen der Mycosis fungoides ähnlich; das histologische Bild jedoch, bestehend in zahlreichen großen ein-, gelappt- und mehrkernigen Zellen (Sternbergscher Typus) und einem vielgestaltigen, die Infiltrate zusammensetzenden Zellgewirr, ist streng spezifisch und schließt jede andere Diagnose aus. Ätiologisch wird die Erkrankung mit der Tuberkulose in Zusammenhang gebracht. Verf. konnte in einem von ihm beobachteten Fall klinisch und histologisch keinerlei Anzeichen von Tuberkulose nachweisen, dagegen fanden sich in Schnittpräparaten von lymphogranulomatösen Hautneubildungen säurefreie und Gram-positive Stäbchen.

Pürckhauer-Dresden.

- 38) **Über die Vorstadien der Mycosis fungoides**, von R. Seelig. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1912.)

Das unter dem Namen Mycosis fungoides bekannte Krankheitsbild ist ein selbständiges und wohl charakterisiertes, wenn auch in den verschiedenen Schulen zu verschiedenen Zeiten darüber keine einheitliche Auffassung bestand. Von den leukämischen und pseudoleukämischen Hautaffektionen, die oft mit Tumorbildung einhergehen, unterscheidet sich die Mycosis fungoides sowohl durch den Blutbefund, wie durch das histologische Bild. Bei letzterer finden sich die von Herzheimer nachgewiesenen kleinen einkernigen Mycosiszellen als spezifische Gebilde, während die leukämischen und pseudoleukämischen Tumoren aus Lymphozyten zusammengesetzt sind. Der Angliederung an die Sarkome widerspricht die verhältnismäßige Gutartigkeit, die geringe Neigung zu Metastasenbildung und die spontane Rückbildung ganzer Geschwülste. Auch histologisch lassen sich die erwähnten Affektionen ganz sicher differenzieren. Die dritte Auffassung der Erkrankung ist die eines chronischen Entzündungsprozesses, wofür Verf. in einem von ihm selbst beobachteten Fall den Beweis erbringt. Über das Wesen der Krankheit wissen wir nichts Positives. Der vom Verf. erwähnte Fall wurde günstig durch Röntgenstrahlen beeinflusst.

Lilienstein-Berlin.

- 39) **Die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus**, von Joh. Fabry. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXI. 1912.)

Die Payrsche Methode beruht auf dem Prinzip, den Lupus von der Subcutis aus anzugreifen. Nach beiden Seiten 1 cm über den Herd hinaus bis zur Faszie werden Parallelschnitte angelegt, der Lupuslappen von der Faszie, wieder ins Gesunde übergreifend, stumpf abpräpariert, ein mit Perubalsam getränkter Tampon von Jodoformgaze unter den Lupus gelegt, die Enden der Gaze über den Hautlappen gekreuzt, wöchentlich der Verband gewechselt, nach etwa 3 Wochen entfernt, worauf der Hautlappen anheilt. Verf. veränderte das Verfahren dahin, daß er nur eine obere Hautbrücke stehen ließ, die Wundfläche genau auf Lupusreste untersuchte, solche eventuell sorgfältig entfernte. In dieser Weise wurden 5 Fälle von Gesichtslupus mit gutem Erfolge behandelt, selbst bei einer besonders schweren Form, wo sich größere Nekrosen abstießen, war das kosmetische Resultat noch befriedigend.

Selbstverständlich müssen alle behandelten Fälle auf Rezidive hin beobachtet werden.

J.

Gonorrhoe.

- 40) I. **Le traitement abortif de la blennorrhagie**, par Montfort. (Revue clinique d'urologie. I. 1912. S. 57. — II. **Zur Frage der abortiven Behandlung der Urethritis gonorrhoeica**, von Feleky. (Folia neurologica. 1912. S. 147.)

M. läßt alle bisherigen, zur abortiven Heilung der Gonorrhoea acuta angegebenen Methoden Revue passieren und teilt dann seine eigenen mit. Voraussetzung bleibt: daß jede entzündliche Rötung noch fehlt, daß die zweite Harnportion vollkommen klar, die erste nur mäßig trübe, das Harnen schmerzlos ist, paraurethrale Gänge und Divertikel nicht vorliegen. Alle 8—12 Stunden in den ersten 3 Tagen, dann noch 3 Tage lang 1 mal spült er mit je 10—12 g 5%igem Protargol mit etwas Kokainzusatz etwa 10—12 mal langsam die Urethra anterior, jedoch nur, falls die jedesmalige Untersuchung die Abwesenheit der Gonokokken ergibt; anderenfalls spült er mit Permanganatkalium 1:2000—1:4000 Harnröhre und Blase 4 Tage lang 2 mal, dann 1 mal. Er hat so von 27 erstmaligen Trippern 13 in 4—6, 8 in 14 Tagen geheilt; 6 mal dauerte die Behandlung 3 Wochen und länger. Übrigens ist M. Eklektiker; auch andere Verfahren seien nach Lage des Falles angebracht, z. B. die von Le Sard, von Engelbrecht usw. F. pinselt im Urethroskop-tubus unter Leitung des Auges die ganze vordere Urethra 1—3 mal mit 2½%igem Argent. nitric. oder 10%igem Protargol, Albargin-Larginlösung aus; der Zeitpunkt, wo die Abortion noch anwendbar ist, bestimmt sich nicht nach der Zahl der seit der Infektion verflossenen Tage, sondern nach dem Stadium der Entzündung, die bald sehr früh, bald später einzutreten pflegt. Bei 446 Fällen betrug die Dauer der örtlichen Behandlung 4—13 Tage; das vollkommene Schwinden aller Erscheinungen erforderte noch einige Zeit.

Goldberg-Wildungen-Cöln.

- 41) **Über eine neue Behandlungsweise der akuten und chronischen Gonorrhoe, der akuten und chronischen Prostatitis und der akuten und chronischen Urethritis mit Thermopenetration und Heißwasserspülungen**, von Kyaw. (Med. Klinik. 1912. Nr. 45.)

Durch die Anwendung starker Hitze mittels der Thermopenetration oder Heißwasserspülungen mit Hilfe geschlossener Katheter gelang es, lokalisierte, akute und chronische Gonorrhöen und Prostatitiden in kurzer Zeit zu heilen, harte Infiltrate in weiche überzuführen und den Durchbruch von Urethral- und Prostataabszessen in die Harnröhre herbeizuführen. Biberstein-Gleiwitz.

- 42) **Thermopenetration bei Prostatitis gonorrhoeica chronica**, von O. Simmonds. (Med. Klinik. 1912. Nr. 45.)

Der kasuistische Beitrag betrifft einen Fall von langjähriger gonorrhoeischer Prostatitis, der zahlreichen Behandlungsverfahren getrotzt hatte und durch Thermopenetration geheilt wurde.

Biberstein-Gleiwitz.

- 43) **Über den praktischen Wert der Komplementbindungsmethode bei gonorrhoeischen Erkrankungen**, von J. T. Lenartowicz. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Die Komplementbindungsreaktion mittels eines Gonokokkenantigens tritt niemals bei Gesunden auf; sie ist spezifisch für Gonorrhoe. Am häufigsten

ist ein positives Ergebnis zu erwarten in jenen Fällen von komplizierter Gonorrhoe, in denen diese ernstere exsudative Veränderungen hervorruft; und je ausgedehnter letztere, desto häufiger sind positive Resultate der Reaktion. Die wertvollsten Dienste kann die Reaktion in Fällen gonorrhöischer perimetritischer Entzündungen und Exsudate, wie auch in Fällen gonorrhöischer Gelenkentzündungen leisten, somit gerade bei jenen Erkrankungen, bei denen so oft die klinischen Symptome keine volle Gewißheit verschaffen können, ob die Diagnose richtig war. Schourp-Danzig.

- 44) **Ein Fall von Perichondritis gonorrhöica beider Ohrmuscheln**, von H. Fischer. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. 1912. September.)

Verf. beschreibt einen Fall von mehrmaliger, nicht oder schlecht behandelter Gonorrhoe mit Anschwellung und Knötchenbildung beider Ohrknorpel. Die Schmerzhaftigkeit und das Brennen in den Ohrmuscheln gingen nach Arthrigoninjektionen auffallend schnell zurück. Gonokokken ließen sich nicht nachweisen. Trotzdem glaubt Verf. aus der ganzen Krankheitsentwicklung — Gonorrhoea anterior, posterior, multiple Gelenkerkrankungen, dann die Affektion der Ohrmuscheln und kurz nachher eine gonorrhöische Herzaffektion — die Erkrankung der Ohrmuscheln in dem vorliegenden Falle als eine spezifische, gonorrhöische Affektion ansehen zu dürfen. J.

Syphilis.

- 45) **Über Salvarsanfieber**, von S. Watanabe und H. Hirooka. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1912. August.)

Während Nichtsyphilitiker nicht auf die gewöhnlichen Salvarsandosens reagierten, stellte sich bei Syphiliskranken selbst bei genauester Befolgung aller Vorsichtsmaßregeln häufig nach der ersten intravenösen Injektion Fieber ein. Bei späteren Injektionen blieb dasselbe meist aus, bei längerem Bestehen der Syphilis wurde es geringer, bei höheren Dosen des Salvarsans stieg auch die Temperatur höher, doch kamen hierbei auch Komplikationen und Disposition in Betracht. Mit dem Fieber gingen Übelkeiten und Darmstörungen einher, die die Verf. aber von dem Mittel selbst verursacht glauben, während sie das Fieber mit den Toxinen in Zusammenhang bringen, welche durch die Tötung der Spirochäten frei werden. Bakterienarmes Leitungswasser konnte ohne Nachteil zur physiologischen Kochsalzlösung verwendet werden. J.

- 46) **Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsaninfusion**, von C. Klieneberger. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

Bei einer 25jährigen Patientin mit rezenter Syphilis trat nach technisch einwandfreier intravenöser Salvarsaninjektion eine toxische, zum Tode führende hämorrhagische Encephalitis auf, ohne daß sich zerebrale oder sonstige Organveränderungen nachweisen ließen. Eine Behandlung dieser Intoxikation in verhältnismäßig frühem Stadium durch Lumbalpunktion und Anaphylaxiebehandlung war ohne jeden Einfluß. Schourp-Danzig.

- 47) **Beitrag zur Reinfectio syphilitica**, von F. Zimmern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

In 2 Fällen trat nach einem Jahre bzw. nach etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre nach intravenöser Salvarsanbehandlung ein Primäraffekt mit positivem Spirochätenbefund auf, dem ein makulöses Exanthem des Stammes folgte. Schourp-Danzig.

- 48) **Der Einfluß des Salvarsans auf die Nieren bei intravenösen Injektionen**, von Schlasberg. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Oktober.)

Die Versuche des Verf.'s an Kaninchen zeigen, daß eine einzelne intravenöse Salvarsaninjektion in einer Dosis von ungefähr 0,02 g pro Kilo nicht imstande ist, eine sei es klinische oder anatomische Veränderung der Nieren hervorzurufen. Wird dieselbe Dosis wiederholt, so entsteht eine Störung, die sich klinisch nur durch das Auftreten von Zylindern, sowohl hyalinen als körnigen, im Urin und anatomisch, außer einer Hyperämie, durch eine mehr oder weniger ausgesprochene Degeneration in den Epithelkernen der gewundenen Harnkanäle kundgibt. Wird die Salvarsandosis auf ungefähr das Doppelte gesteigert, so tritt nach einem oder ein paar Tagen eine Zylinderurie auf, die nach und nach zunimmt, und bald von Albuminurie gefolgt ist. Die Albuminurie geht ziemlich bald zurück, während die Zylindrurie etwas länger andauert. Wenn der Prozeß seinen Höhepunkt erreicht hat, so findet man Anzeichen einer starken Degeneration in den Nieren, die aber von ziemlich gutartiger Natur zu sein scheint.

Immerwahr-Berlin.

- 49) **Zur Kenntnis der Salvarsandermatosen**, von A. Brauer. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. September.)

Unter primären Salvarsandermatosen versteht Verf. solche Erscheinungen der Haut und Schleimhaut, welche durch die unmittelbare Wirkung des Salvarsans an Ort und Stelle zustande kommen, wie kolliquative Nekrosen, trockene Gangrän und die eigentlichen Salvarsanexantheme. Als sekundäre Salvarsandermatosen bezeichnet er diejenigen Zustände, welche sekundär entstanden sind als Ausbruch einer zuerst an anderen Organen oder der Haut selbst gesetzten Schädigung. Dazu gehören durch Phlebitis erzeugte Hautentzündung, Herpes simplex, Herpes zoster, Hyperhidrosis, Haarausfall, Nagelveränderungen, Ikterus, postexanthematische Melanodermien und die meist fieberhaften, makulösen oder urtikariellen Erytheme während oder fast unmittelbar post infusionem.

Immerwahr-Berlin.

- 50) **Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie**, von M. Oppenheim. (Das österreich. Sanitätswesen. 1912. Nr. 10.)

Einer eingehenden Literaturübersicht schließt Verf. Erörterungen über den Wert der Salvarsanbehandlung an. Eine völlige Vernichtung der Spirochäten geschieht nach seiner Ansicht durch das Mittel nur im ersten Stadium der Syphilis. In bezug auf schädliche Nebenwirkungen wäre die Möglichkeit von Neurorezidiven doch in Betracht zu ziehen. Die intramuskuläre Einführung hält Verf. nicht für weniger wirksam, aber für den Patienten unangenehmer als die mehr zu empfehlende intravenöse Injektion. Das Salvarsan erwies sich als ein energischeres Mittel als Quecksilber, dürfte aber allein kaum ausreichen. Jede Syphilis müsse mit Hg behandelt werden, eine Kombination beider Mittel hat sich vielfach als vorteilhaft erwiesen.

J.

- 51) **De l'emploi du salvarsan**, par F. Ferra. (Arch. Brasileiros de Medicina. 1912. Juni.)

Verf. fand die Heilerfolge des Salvarsans zwar negativ in der Initialperiode, aber schnell und energisch in allen anderen Stadien der Syphilis. Der prophylaktische Wert eines Mittels, das mit solcher Promptheit infektiöse Manifestationen der Krankheit beseitigt, sei ein unschätzbarer Vorzug. Er rät zur Anwendung des Salvarsans in jedem Stadium der Syphilis, auch zu hoch dosierten oder wiederholten Injektionen und will nur bei Lokalisationen im Zentralnervensystem von dem Arsenpräparat Abstand nehmen und bei den alten Quecksilber- und Jodmethoden bleiben.

J.

- 52) **Neosalvarsan und Salvarsan**, von F. Malinowski. (Przegląd chor. sk. i wener. 1912. H. 7—9.)

Mit Neosalvarsan behandelte Verf. über 100 Kranke, und zwar intravenös, nur in 8 Fällen intramuskulär. Dosen: 0,6—0,75 g bei Frauen, 0,75—0,9 g bei Männern. Nebenerscheinungen im allgemeinen unbedeutend, aber auch nach Salvarsan hatte Verf. nie beunruhigende Symptome gesehen. Temperatursteigerung bedeutend, 2mal bis 40,1°, wie er solche niemals nach Salvarsan beobachtete, obwohl die Zahl der mit Salvarsan Behandelten 30mal größer ist. Etwas häufiger beobachtete Verf. nach Neosalvarsan medikamentöse Exantheme: Urticaria und Erythem. In einem Falle waren die Symptome derart erschreckend, wie nie zuvor, gingen aber zum Glück bald vorüber, und diese Beobachtung bekräftigt Verf. in der Anschauung, daß Neosalvarsan nur klinisch, nie ambulatorisch angewendet werden sollte. Der Einfluß auf die Wassermann-Reaktion schien ihm gleichfalls schwächer und vorübergehend. Neuroreaktionen und Neurorezidive nach Neosalvarsan, wie auch nach Salvarsan, sah Verf. niemals. Schlußfolgerung: Neosalvarsan übertrifft bedeutend Salvarsan in bezug auf die technischen Bequemlichkeiten und nur vielleicht teilweise bezüglich der Nebenwirkung, beeinflußt jedoch sichtbar schwächer dieluetischen Erscheinungen. Es scheint somit, daß Neosalvarsan nicht vollständig das Salvarsan vertreten kann.

Baschkopf-Krakau.

- 53) **Über vergleichende Tierexperimente mit Salvarsan und Neosalvarsan**, von Kersten. (Zentralbl. f. Bakteriologie. LXV. H. 4 u. 5.)

Nach den Tierversuchen zu urteilen, ist nicht nur die Toxizität des Neosalvarsans geringer als die des Salvarsans, sondern es übertrifft auch das Salvarsan bei weitem hinsichtlich der therapeutischen Wirkung. Hinzu kommen noch als Vorzüge die leichte Löslichkeit und die absolut neutrale Reaktion in wäßriger Lösung.

Pürckhauer-Dresden.

- 54) **Le néo-salvarsan**, par Bayet. (Journ. méd. de Bruxelles. 1912. Nr. 37.)

Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Die Technik ist bei Neosalvarsan einfacher. Das Präparat wird im Augenblick der Injektion besser vertragen, jedoch beobachtet man später weit häufiger als beim Altsalvarsan Temperatursteigerung, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit. Die übermäßig großen, in kurzen Zwischenräumen applizierten Dosen sind wegen der hierbei beobachteten, zum Teil sehr schweren Zwischenfälle unbedingt zu verwerfen. Man erreicht mit den dem Altsalvarsan entsprechenden verträglichen Dosen dasselbe. Das Neosalvarsan dürfte, da es unmittelbar nach der Einspritzung keine Reaktion auslöst, zu bevorzugen sein bei Fällen von Tabes; Paralyse, Arteriosklerose, Herzfehlern, kurz bei allen Erkrankungen, bei denen eine allzu heftige akute Reaktion kontraindiziert ist und bei denen schwächere Dosen am Platze sind. Die Kombination des Ehrlichschen Mittels mit Hg scheint nach wie vor die Methode der Wahl zu sein.

Pürckhauer-Dresden.

- 55) **A case of gummatous ulceration simulating rodent ulcer treated with salvarsan**, by H. B. Parker. (British Journ. of Dermatology. 1912. Sept.)

Ein tiefes Ulcus an der Oberlippe täuschte in seinem äußeren Bilde ein Ulcus rodens vor. Trotzdem jede syphilitische Infektion geleugnet wurde, zeigten sich doch bei längerer Beobachtung syphilitische Haut- und Schleimhautsymptome. Nach einer intramuskulären Salvarsaninjektion, welche ein anderer Arzt vorgenommen hatte, wahrscheinlich mit sehr kleiner Dosis, besserte sich das Ulcus, rezidierte aber bald. Nach wiederholten intravenösen In-

jektionen von 0,6 g erfolgte schnelle und bisher andauernde Rückbildung, doch blieb die Wassermann-Reaktion noch positiv, worauf eine dritte Injektion 3 Monate später vorgenommen wurde.

- 56) **Über Syphilisexantheme nach Salvarsanbehandlung**, von M. Oppenheim. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 22.)

Beobachtung mehrerer Luesfälle, in denen längere Zeit nach der Behandlung mit Salvarsan Exantheme vom Typus des Erythema exsudativum multiforme auftraten, die dann auch nach und während der Hg-Einverleibung in derselben Form rezidierten.

Lilienstein-Berlin.

- 57) **Milzbrand und Salvarsan**, von G. Becker. (Med. Klinik. 1912. Nr. 44.)

Die Prognose der Kranken, in deren Blut sich bei der Aufnahme Milzbrandbazillen nachweisen ließen, war erfahrungsgemäß eine schlechte. In einem für verloren gehaltenen Falle schwerer Milzbrandbakteriämie gelang es dem Verf., Heilung zu erzielen. Der Ausfall der Tierexperimente über die Wirksamkeit des Salvarsans bei der Milzbrandinfektion macht es wahrscheinlich, daß in dem berichteten Falle die Heilung der Salvarsaninfusion zuzuschreiben ist. Zur sicheren Feststellung der Salvarsanwirkung auf den menschlichen Milzbrand sollte zugleich mit der Infusion eine Blutentnahme für die bakteriologische Untersuchung gemacht werden.

Biberstein-Gleiwitz.

- 58) **Développement des agglutinines tuberculeuses chez les syphilitiques par les injections de salvarsan**, par J. Nicolas, P. Courmont et Charlet. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIII. S. 243.)

Bei manchen Syphilitikern (keineswegs bei allen) erhöhen, wie die Verf. fanden, wiederholte intravenöse Injektionen von Salvarsan in therapeutischen Dosen (0,30—0,60 g) sehr beträchtlich die Agglutinationswirkung des Serums auf Tuberkelbazillen in Reinkultur. Wahrscheinlich handelt es sich um einen allgemeinen Reaktivierungsvorgang der Antikörper, syphilitischer (man denke an die Fälle von Reaktivierung der Wassermann-Reaktion), tuberkulöser oder anders gearteter Natur.

B. Solger-Neiße.

- 59) **Étude des spirochètes cultivés des produits syphilitiques**, par C. Levaditi et V. Danilescu. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIII. S. 256.)

Die Verf. zeigen, daß man saprophytische Spirochäten, die vom Menschen stammen und mit *Treponema pallidum* in Symbiose leben, im Glase züchten kann. Unreine Kulturen, die auf Kaninchen verimpft werden, erzeugen hier lokale Läsionen, die dieselben Spirochäten enthalten, allein diese pathologischen Produkte unterscheiden sich deutlich von dem echten Syphilom des Kaninchens. Die von Noguchi gezüchtete und von den Verf. genauer studierte Spirochäte, die der genannte Autor für identisch mit der Schaudinnschen hält, differiert morphologisch und biologisch von dem *Treponema pallidum*. Sie ist für eine ganze Reihe von Säugetieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Maus, Orang-Utan und die niederen Affen) nicht pathogen und schützt, intravenös und subkutan dem Kaninchen einverleibt, das Tier nicht gegen die Skrotalinfektion, die durch die Spirochäte der Syphilis (Virus von Truffi) hervorgerufen wird.

B. Solger-Neiße.

- 60) **Réactions de Wassermann positives avec sérums d'animaux**, par Ranque, Senez et Vayssière. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIII. S. 1105.)

Nachdem die Verf. schon wiederholt gelegentlich bemerkt hatten, daß gewissen Serumarten des Meerschweinchen in Gegenwart eines syphilitischen Antigens fixierende Eigenschaft zukommt, prüften sie nun das Verhalten der Seren von vier Meerschweinchen, deren Komplement durch Erwärmen auf 55°

zerstört war, nämlich eines nicht schwangeren Weibchens, eines zweiten mit Milchdrüsen in Laktation, eines dritten trächtigen Weibchens und eines Männchens, und zwar sowohl der typischen Wassermann-, als auch der Weinberg-Reaktion gegenüber. Während die zweite Versuchsreihe nur negative Ergebnisse lieferte, war die Wassermann-Reaktion bei dem zweiten Tier schwach positiv, bei dem dritten stark positiv. Es bestehen also, wie einer der Verf. für den Menschen zu zeigen versuchte, auch im Serum von Meerschweinchen humorale Besonderheiten, die durch die Reaktion der Komplementfixation sich nachweisen lassen. Aus dem Vergleich beider Versuchsreihen geht ferner hervor, daß die Wassermann-Reaktion nicht absolut spezifisch ist, wohl aber die Weinbergsche. In praktischer Hinsicht scheint es daher geraten, entweder nur männliche Tiere zu benutzen oder, wenn sie mangeln, die einfache Komplementtitrierung mit Rücksicht auf das hämolytische System durch eine Titrierung bei Gegenwart von Antigen zu ersetzen.

B. Solger-Neiße.

- 61) **Die Serumreaktion bei Syphilis in der Säuglingspraxis**, von Ledermann. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1912. Nr. 5.)

Bei der serologischen Untersuchung eines größtenteils aus Säuglingen bestehenden Krankenmaterials wurde die Wassermann-Reaktion in bezug auf klinische Erscheinungen und Anamnese stets zuverlässig gefunden. Die positive Reaktion hereditär luetischer oder in frühester Jugend extragenital infizierter Kinder ist therapeutisch sehr schwer oder vielfach gar nicht zu beeinflussen, d. h. in eine negative umzuwandeln. Forderung eines unbegrenzt haltbaren Standardextraktes und eines konstant bleibenden hämolytischen Systems zur quantitativen Messung der Reaktionsstärke.

Willy Cohn-Berlin.

- 62) **Über die Reinzüchtung der Spirochaeta pallida und der nadelförmigen Bakterien aus syphilitischem Material mit besonderer Berücksichtigung der Reinkultur von Spirochaeta dentium und des Bacillus fusiformis aus der Mundhöhle**, von Shonamine. (Zentralbl. f. Bakteriologie. LXV. H. 4 u. 5.)

Mit einem vom Verf. hergestellten Nährboden aus Pferdeserum, dem nukleinsaures Natron beigelegt wird, gelang regelmäßig die Kultur der Spirochaeta dentium, sehr häufig auch der Pallida, und zwar am sichersten durch Schüttelkultur. Geruch, Form und Dichte der Kolonien differenzieren beide Spirochätenarten, die im künstlichen Nährboden ihre Form, Beweglichkeit und Färbbarkeit ändern. Die bei jeder Erstkultur vorhandenen nadelförmigen Bakterien können bereits schon in der zweiten Generation in Spirochätenformen übergehen. In Pallidareinkulturen finden sich Refringensformen, so daß die Wahrscheinlichkeit besteht, daß die Refringens eine Entwicklungsform der Pallida darstellt. Es gelang, einen gezüchteten Pallidastamm bis in die zweite Tiergeneration zu übertragen.

Pürckhauer-Dresden.

- 63) **Versuche zur Verschärfung der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis**, von Fr. Blumenthal und L. Hercz. (Dermatolog. Zeitschr. 1912. Sept.)

Für die Praxis empfiehlt sich ein Arbeiten nach der Wechselmannschen Modifikation (Ausfällen mit Bariumsulfat) in denjenigen Fällen, in denen die Wassermann-Reaktion negativ ausfällt. Auch ein Ausfällen des Normalhämolysins wird unter Umständen von Vorteil sein. Immerwahr-Berlin.

- 64) **Welche Urteile sind wir berechtigt, auf Grund der Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion über Colles' und Profetas Gesetze zu fällen?** von C. Cronquist. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XV. 1912. H. 1.) Das Collessche Gesetz stellt fest, daß die Mutter, welche ein vom Vater

mit erblicher Syphilis behaftetes Kind geboren hat, ohne selbst dabei infiziert worden zu sein, auch gegen fernere Infektion durch das Kind, vielleicht auch durch andere Personen, immun sei. Es ist nun die Frage, ob eine solche Frau gesund oder latent syphilitisch sei, und die fast stets positive Wassermann-Reaktion ist ein Beweis für die letzte Lösung der Frage, die Latenz. Daß aber dieser Befund das Collessche Gesetz umstößt, beruht auf einer irrigen Voraussetzung gewisser Dermatologen. Colles spricht nur von Immunität, nicht von Gesundheit der Mütter syphilitischer Kinder. Liegt aber latente Lues vor, so ist sowohl diese, wie mit ihr das Collessche Gesetz durch den positiven Ausfall der Wassermann-Reaktion gerade erklärt und bestätigt. Hingegen behält das Profetasche Gesetz, daß ein von einer syphilitischen Mutter geborenes, aber gesundes Kind immun gegen Syphilis sei, nur mit Einschränkung seine Gültigkeit. Es besteht zu Recht bei latenter Lues des Kindes und entsprechender positiver Wassermann-Reaktion. Vielleicht können die für die Reaktion maßgebenden Körper auch zeitweilig von der Mutter auf das Kind übergehen, aber eine solche „temporäre“ Immunität kann nur von kurzer Dauer sein, so daß die lange und regelmäßig positiv ausfallende Wassermann-Reaktion stets auf das Vorhandensein der Krankheit hindeutet. J.

65) Über Antigen zur Wassermann-Reaktion. Ein Beitrag zur Biologie der Lipide, von Fr. Munk. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 19.)

Alle alkoholischen Extrakte, sowohl die aus syphilitischen Lebern, wie die aus normalen Organen, selbst solche aus Kartoffeln — also tierische und pflanzliche Lipide — ergeben annähernd dieselben Resultate bei der Wassermann-Reaktion. Ein prinzipieller Wesensunterschied besteht zwischen den alkoholischen Organextrakten nicht. Es gibt keine für die Wassermann-Reaktion chemisch charakteristischen Lipide. Auch mit alkoholischer Schellacklösung läßt sich in wäßriger Verdünnung eine Wassermann-Reaktion erzielen. Während der chemische Charakter der wirksamen Substanzen bei der Wassermann-Reaktion mit den sogen. unspezifischen Antigenen eine untergeordnete Rolle spielt, ist der Kolloidzustand der Substanzen bei der Reaktion Bedingung. Man darf vermuten, daß bei der Wassermann-Reaktion mit spezifischem Antigen molekular-physikalische Vorgänge stattfinden, und daß der syphilitische Immunisationsvorgang im Organismus selbst molekular-physikalische Veränderungen der Körpersäfte zur Folge haben wird, die, wie einige bekannten Eigenschaften des Syphilitikerserums (vermehrte Englobulinfraktion, verminderte Stabilität = Klausnersche Reaktion) andeuten, wohl im Sinne einer vermehrten Oberflächenspannung auszulegen sein dürften. Schourp-Danzig.

66) Über Syphilisreste in den Geweben und ihre prognostische Bedeutung, von S. Ehrmann. (Med. Klinik. 1912. Nr. 30.)

An dem ehemaligen Sitz primärer oder sekundärer syphilitischer Erscheinungen entwickeln sich häufig abermals typische syphilitische Produkte vom Charakter der primären oder sekundären oder tertiären Syphilis. Verf. bespricht die einzelnen Gewebe, in denen resistierendes Virus zu neuen Erscheinungen aufflammt. Daher ist die Behandlung so lange auszudehnen, als jede Spur des Primäraffektes und der von ihm ausgehenden Lymphgefäßinduration verschwunden ist. Die Syphilis soll tunlichst intermittierend behandelt werden. Biberstein-Gleiwitz.

67) Kaninchenimpfung mit Syphilitikerblut und Blutserum, von Aumann. (Med. Klinik. 1912. Nr. 42.)

Durch Kaninchenimpfung mit steril aus der Armvene von Syphilitikern

entnommenem Blut und Blutserum konnten in 5 Fällen nach 6—8wöchiger Inkubationsdauer typische Spirochäten nachgewiesen werden. Unter insgesamt 7 Fällen sind zwei Versager zu verzeichnen, obwohl es sich dabei um Blut von Fällen manifester Lues mit Sekundärerscheinungen handelte, so daß die Blutimpfung für die Entscheidung der Frage, ob in einem fraglichen Krankheitsfalle Syphilis vorliegt, noch kein sicheres Kriterium abgibt. Die durch die Impfung erhaltenen Kaninchenpassagestämme zeigten die Anpassung und Virulenzsteigerung im Tierkörper, die Inkubationsdauer sank bei den Passagen immer mehr, die Vermehrung der Spirochäten stieg dabei ins Massenhafte.

Biberstein-Gleiwitz.

- 68) **Teneur en cholestérine du sérum sanguin des syphilitiques**, par Gaucher et Desmoulière. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 81.)

Die Verff. ziehen aus ihren Untersuchungen folgende Schlüsse: 1. unter bestimmten Bedingungen scheint das Cholesterin eine gewisse Wirksamkeit des Antigen in der Wassermann-Reaktion zu besitzen; 2. es besteht kein Parallelismus zwischen dem Gehalt des Serums an Cholesterin und dem Ausfall der Wassermann-Reaktion; 3. wenn die Krankheit weniger als ein Jahr alt ist, erlaubt der Cholesteringehalt noch keine präzise Deduktion; 4. wenn die Krankheit länger als 3 Jahre besteht, scheint Hypercholesterinämie die allgemeine Regel zu sein.

Paul Cohn-Berlin.

- 69) **Kératose syphilitique plantaire**, par Gaucher. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1912. Mai.)

Die einseitige Keratosis plantaris besteht seit 25 Jahren und war kurze Zeit nach dem Schanker aufgetreten. Zurzeit ist die Wassermann-Reaktion positiv, und die Keratosis ist unter dem Einfluß der Behandlung (20 Hg-Injektionen) um die Hälfte zurückgegangen. Renaut hat in analogen Fällen gute Resultate mit der Applikation von Emplastrum Vigo gesehen.

H. Netter-Pforzheim.

- 70) **Hérédosyphilis; gommés tertiaires du voile du palais, sans dystrophies**, par Gaucher et Gougerot. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1912. April.)

Vorstellung eines 17jährigen Mädchens als Trägerin von zwei Gummata des Gaumensegels, ohne jegliche Dystrophie. Der Fall soll zeigen, daß eine Heredosyphilis virulente tertiäre Läsionen setzen kann, ohne Dystrophien hervorzurufen; klinisch stützt man sich für die Diagnose einer Heredosyphilis besonders auf die Existenz dieser Dystrophien. Man braucht sonach bei einer syphilitischen Läsion, trotz des Fehlens von Dystrophien, die Annahme einer Heredosyphilis nicht zu verwerfen.

H. Netter-Pforzheim.

- 71) **Über hämorrhagische Nephritis bei hereditärer Lues**, von Hahn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 16.)

Bisher ist eine hämorrhagische Nephritis bei Heredosyphilis nur bei sehr jungen Kindern beobachtet worden; das Alter schwankte zwischen 7 Tagen und 3 Monaten. Verf. teilt drei Beobachtungen mit; in allen 3 Fällen waren Ödeme vorhanden, die in einem Falle auch Skrotum und Bauchhaut mitbetrafen; in zwei der Fälle konnte schon klinisch eine Nierenvergrößerung festgestellt werden. In einem Falle wurden neben den gewöhnlichen Bestandteilen der hämorrhagischen Nephritis auch Wachszylinder und hochgradige Verfettung der Epithelien: Fettkörnchenzellen und Fettkörnchenkugeln, gefunden.

Schourp-Danzig.

- 72) **Verfahren zur intensiven und raschen Färbung des Treponema pallidum und anderer Spirochäten**, von A. Fontana. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 32.)

Das zu untersuchende Material wird mit einem Tropfen destillierten Wassers verdünnt und auf einem Objekträger ausgebreitet; das lufttrockene Präparat wird dann über der Flamme fixiert. Dann folgt Aufgießen einer Lösung von Gerbsäure 5,0, Aqu. destill. 100,0 und 30 Sekunden langes Erwärmen bis zur Entwicklung schwacher Dämpfe und 30 Sekunden langes Abspülen in fließendem Wasser und Aufgießen einiger Tropfen von Silbernitrat 5,0, Aqu. destill. 100,0 flüssig. Ammoniak 9,0 20—30 Sekunden langes Erwärmen über der Flamme, Abspülen und Abtupfen mit Fließpapier. Zu dieser Färbung braucht man im ganzen 70—80 Sekunden. Die Keime nehmen eine intensive gelbe oder braune Farbe an, ihr Körper tritt deutlich hervor, so daß man die Mikroorganismen selbst mit Obj. 8 und mit Obj. 5 und Kompensationsokular 8 deutlich unterscheiden kann.

Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 73) **Hématuries spontanées chez les prostatiques**, par Motz. (Revue clin. d'urologie. I. 1912. S. 1.)

Es ist ein alter Lehrsatz Guyons, daß, wenn ein Prostatiker spontan blutet, man nach einer anderen Ursache der Blutung fahnden soll; denn die Prostatahypertrophie an sich bedingt keine spontanen Blutungen. Verf. hat bei Untersuchungen in etwa 250 exstirpierten oder seziierten hypertrophischen Prostaten nur zweimal eine intraprostatische Hämorrhagie gesehen; sie war verursacht durch eine beträchtliche Neubildung von Kapillaren von angiomatösem Aussehen und wahrscheinlich entzündlichen Ursprungs. Beim Lebenden beobachtete er zweimal schwere spontane Blutungen; im ersten Fall waren sie verursacht durch Vegetationen in der Urethra prostatica und wurden durch Ätzung derselben geheilt, im zweiten Fall war der Erfolg trotz der gleichen Sachlage nicht vollkommen, weil eine konkomitierende Prostatitis die Urethritis nicht zur Ausheilung kommen ließ.

Goldberg-Wildungen-Cöln.

- 74) **Fortschritte in der Untersuchung des Harnapparates, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Nierendiagnostik**, von R. Kutner. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1912. H. 8.)

Bei Harnröhrenkrankungen hat die Goldschmidtsche Harnröhrenbeleuchtung vor der Oberländerschen Endoskopie entschieden den Vorzug. Für die Diagnostik der Blasenleiden wurde das von Nitze eingeführte und seitdem öfters modifizierte Kystoskop, sowie die Röntgenstrahlendurchleuchtung mittels der von Albers-Schönberg geschaffenen Kompressionsblende wichtig, welche sich besonders zur röntgenographischen Darstellung von kystoskopisch bereits ermittelten Blasengeschwülsten eignet. Die Röntgenographie ist geeignet, selbst kleinere Steine zu ermitteln. Selbst da Resultate, wo die Kystoskopie versagt. Der weitere Ausbau der biologischen Untersuchungsmethoden zeitigte Erfolge auf dem Gebiete der Vakzinetherapie. Von gonorrhöisch Erkrankten wurden günstig beeinflusst: Epididymitis arthrit. gonorrh. acuta et chronica und ein alter Prostataabszeß. Nach einem Hinweis auf die enorme diagnostische Verwertbarkeit des Harnleiterkatheterismus bei der Nierentuberkulose gibt Verf. eine kurze Schilderung der bei der funktionellen Nierendiagnostik hauptsächlich in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden (Stickstoffausscheidung, Ausscheidung der Chloride, Gefrierpunktbestimmung des Harns, Gefrierpunktbestimmung des Blutes, Verwendbarkeit des Methylenblaus, Phloridzinprobe, Verdünnungsversuch, Bestimmung der elektrischen

Leitfähigkeit, Blutdruckmessung, Diastasentheorie). Bei der Meinungsverschiedenheit über die Bedeutung der funktionellen Nierendiagnostik hielt es Verf. für wertvoll, eine Rundfrage bei einer Anzahl hervorragender Urologen zu veranstalten, 1. welcher Wert von den Befragten der funktionellen Nierendiagnostik überhaupt beigelegt wird, 2. wie sie über die einzelnen Methoden denken, 3. welche Methoden sie in der Regel anzuwenden pflegen. Es ergab sich, daß der Begriff der funktionellen Nierendiagnostik von keinem Befragten abgelehnt wurde, daß die Methodik der funktionellen Nierendiagnostik in allen in Betracht kommenden Fällen beachtet werden muß, ohne Rücksicht darauf, daß sie zuweilen versagt, und daß jedesmal die Prüfung nach mehreren Methoden vorgenommen werden muß. Zur Entfernung von Harnleitersteinen empfiehlt Verf. Injektionen von sterilem Öl in den Urether. Willy Cohn-Berlin.

- 75) **Pyelonéphrite gravidique par septicémie colibacilladie**, par Vidal et Bénard. (Journ. d'Urologie. III. 1912. S. 318.)

An zwei Beobachtungen haben die Verf. den Nachweis erbracht, daß die Pyelonephritis gravidarum die Lokalisation einer kolibazillären Septikämie in den Nieren ist. Es gelang ihnen, auf der Höhe des Fiebers den Kolibazillus aus dem Blut zu züchten und durch Agglutinationsversuche die Identität dieses Bazillus mit dem aus dem Urin gezüchteten festzustellen. Das Serum der einen Gravida agglutinierte ihren eigenen Kolibazillus aus Blut und aus Harn im Verhältnis von 1:30000, den der anderen Kranken, sowie Typhusbazillen und Parakolonbazillen erst bei 1:10.

Goldberg-Wildungen-Cöln.

- 76) **Beitrag zur Sterilisierung von Degenerierten durch doppelseitige Durchtrennung des Ductus deferens (Vesektomie) mit Erhaltung der Geschlechtsdrüsen**, von A. Kappis. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Es handelte sich in dem Falle des Verf.'s um einen 25jähr. Studenten aus schwer erblich belasteter Familie, der geistig und körperlich schwer unter seiner exzessiven Onanie litt. Nach der Operation war der junge Mann lebensfroh und heiter, die Onanie wurde unterlassen, irgendwelche Störungen traten nicht auf.

Schourp-Danzig.

- 77) **Zur Kasuistik der Blasenkrankheiten**, von H. Lohnstein. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Bei einer 62jährigen Frau bestand eine Blasenblutung infolge eines an dem Übergange von der Blase zur Harnröhre gelegenen gangränösen Geschwürs diabetischen Ursprungs. Nach Einleitung einer antidiabetischen Diät, sowie lokaler antiseptischer Behandlung heilte das Geschwür und die Hämaturie wurde nicht wieder beobachtet. Bei einem 28jährigen Weibe fand sich bei der Zystoskopie eine Ureterozele mit Verengung des Ureterostium. Die Beseitigung ließ sich endovesikal mittels des Ureterzystoskops und des Löwenhardtschen Spitzbrenners durchführen.

Schourp-Danzig.

- 78) **Corps étranger d'origine appendiculaire simulant un calcul vésical**, par E. Desnos. (Journ. d'Urologie. IV. 1912. S. 517.)

Ein 9jähriger Knabe leidet seit 2 Jahren an rechtsseitigen Kolikanfällen mit Fieber, Dysurie und hartnäckiger Verstopfung; nach den Koliken wurden braune, harte Körner und Eiter mit dem Urin entleert. Verf. entdeckte einen von weißem Phosphatmantel umgebenen Stein in der Blase und entfernte ihn durch Litholepaxie; das Kind genas. Soweit wäre nichts Besonderes an dem Fall: aber als man die Trümmer des Steines untersuchte, stellte sich heraus, daß es eingetrocknete Kotballen waren; die Anfälle waren nicht einer Nephro-

lithiasis, sondern einer Appendizitis zuzuschreiben; diese war in die Blase durchgebrochen. Verf. berichtet noch über zwei analoge Fälle; ein 20jähr. Mädchen entleert nach einer schweren Blinddarmentzündung 3 Monate Fäkalien mit dem Urin und wird dann gesund; ein 35jähriger Mann bringt mehrere Wochen nach einer Appendizitis einen pflaumengroßen Kotballen mit dem Urin zur Welt.

Goldberg-Wildungen-Cöln.

IV. Bibliographie.

G. Stümpke, **Die medizinische Quarzlampe.** (Bibliothek der physikal.-medizin. Techniken von Heinz Bauer. Bd. III. Berlin, Hermann Meusser, 1912. 5,30 Mk.) — Bei der großen Bedeutung der physikalischen Therapie in der Medizin entspricht die vorliegende Monographie geradezu einem Bedürfnisse. Diese nach manchen Richtungen dem Finsen-Apparat überlegene Bestrahlungsart erfährt durch den Verf. eine ausgezeichnete Bearbeitung. Die für die Dermatologie in Frage kommenden Indikationen werden eingehend erörtert und 50 Abbildungen im Text erhöhen den Wert der Darstellung. Ref. ist sicher, daß die Monographie die weiteste Verbreitung finden wird. J.

Bettmann, **Die Mißbildungen der Haut.** (Jena, Fischer, 1912. 4 Mk.) — In Schwalbes Handbuch der Morphologie der Mißbildungen des Menschen und der Tiere hat Verf. in der an ihm bekannten ausgezeichneten und erschöpfenden Weise die Mißbildungen der Haut bearbeitet. Als besonders gelungen erwähnt Ref. die Naevi, die Verhornungsanomalien und Anomalien des Haarsystems. Aus dieser Monographie, die eingehend studiert werden muß, wird jeder viel Belehrung erschöpfen. J.

V. Therapeutische Notizen.

Chronische infiltrierte Ekzeme:

- | | | |
|------|--------------------------|------|
| Rez. | Acid. salicyl. | 10,0 |
| | Pyrogallol. | |
| 1) | Liq. carbon. deterg. ana | 20,0 |
| | Zinci oxydat. | 20,0 |
| | Sapon. virid. | |
| | Adip. lan. anhydric. ana | 25,0 |
| | M. D. S. Ung. adhaesiv. | |
- (Dreuw, Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 1.)

J.

Gegen Hypertrichosis:

- | | | |
|------|----------------|-----|
| Rez. | Thall. acet. | 0,3 |
| | Zinci oxydat. | 2,5 |
| 2) | Vaselin. | |
| | Lanolin. | |
| | Aq. rosar. ana | 5,0 |
- S. Abends ein erbsengroßes Stück einzureiben.
(Sabouraud, La clinique. 1912. H. 7.)

J.

Pityriasis versicolor und Erythrasma:

- Rez. Natrii subsulfurosi 20,0
 3) Aq. dest. 200,0
 S. Dreimal täglich abzuwaschen.
 (M. Oppenheim, Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1912. H. 9.)

J.

VI. Vereinsberichte.

Niederländische Vereinigung von Dermatologen.

Sitzung vom 14. April 1912.

A. Koch zeigt an einer Reihe von Lichtbildern den Charakter der Filariosis und der Framboesia und veranschaulichte die Wirkung einer Salvarsanbehandlung auf letztgenannte Krankheit. Er sowohl wie Schoonheid sind davon überzeugt, daß die Framboesia von der Syphilis vollständig verschieden ist. Schoonheid gibt an, daß die Inkubationszeit bei Frambösie 2—4 Wochen beträgt, was Koch in Surinam nicht sicher hat feststellen können. Auf Fragen von Mendes da Costa bezüglich der Verbreitung der Filaria durch Mücken antwortet Koch, daß die Trinkwassertheorie verlassen sei. Die Mücken könnten natürlich das aufgesogene Blut wieder ausbrechen, aber es habe sich gezeigt, daß die Mikrofilaria aus dem Magen in die Thoraxmuskulatur gelange, und Experimente an Hunden hätten gezeigt, daß die Hundefilaria während des Stiches der Mücke erworben wird, wobei die Mikrofilaria durch ein wurstförmiges Gebilde in die Saugscheide dringt. Bei der Menschenfilaria ist dies noch nicht sicher festgestellt, doch wahrscheinlich analog. Koch betont auf weitere Fragen, daß bei der Frambösie die Behandlung mit Antisyphiliticis nicht mehr leiste als eine indifferente Behandlung z. B. mit Vaseline. In West-Indien erkrankten sowohl der Neger wie der British-Indier, ebenso wie der Malaie in Ostindien an „Jaws“.

De Buy Wenniger stellt einen Fall von Alopecia vor, die 1½ Woche nach einem heftigen Schreck auftrat.

van Leeuwen zeigte einen Fall von Sklerodermie mit positivem Wassermann und einen Fall von Hautmetastasen bei Prostatakarzinom.

Hellendahl-Cöln.

VII. Vermischtes.

Das Februarheft 1912 des Archives Brasileiros de Medicina (Rio de Janeiro, II, Nr. 1) ist ausschließlich der Syphilis gewidmet und enthält eine große Anzahl sehr interessanter Arbeiten, welche vieles Bemerkenswerte enthalten. Nach Moreira ist die Wassermannsche Reaktion bei maligner Lues meist positiv, die bis jetzt veröffentlichten negativen Fälle sind dadurch bedingt, daß der außerordentlich geschwächte Organismus der Patienten nicht mehr imstande ist, Antikörper zu erzeugen. Die Fälle mit positiver Reaktion geben daher eine bessere Prognose. Austregesilo weist darauf hin, daß bei jungen Individuen, wo Zeichen funktioneller Herzstörungen mit Insuffizienz des Myokards bestehen, die Wassermannsche Reaktion zu prüfen ist, um möglichst früh eine spezifische Behandlung einzuleiten. J. da Rocha Vaz spricht von einer syphilitischen Typhose bei Gelegenheit der viszeralen Lues und führt die Fälle von kongenitalem Diabetes auf Lues der Pankreas zurück. Sehr instructive Abbildungen der Lues der oberen Luftwege gibt Marinko und beobachtete die Heilung einer syphilitischen Epilepsie nach Salvarsaninjektion. Silva Arango Filho zieht das Salvarsan als Spezifikum gegen die Boubas an.

J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1913.

Januar.

Nr. 4.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Zur Kenntnis der syphilitischen Fazialis-
lähmung, von Dr. Julius Lowinsky. 2) Eine einfache Methode, Leprabazillen in der
zu untersuchenden Haut nachzuweisen, von Priv.-Doz. A. Paldrock.

II. Therapeutische Revue. Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen
Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von
Dr. Carl Schindler.

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Die Lokalisation
des Pigmentes und ihre Bedeutung in Ontogenie und Phylogenie der Wirbeltiere, von
Fr. Weidenreich. 2) Vorläufige Mitteilungen über die Anwendung von Thorium X
in der Dermatologie, von F. Wagner. 3) Die Scharlachrotsalbe und ihre Modifikationen,
von C. Decker. 4) Giftwirkung der hautreizenden Pflanzen Rhus toxicodendron und
Primula obconica, von Kost und E. Gilg. 5) Über einige Veränderungen der Haare
nach Röntgenisation, von Bogrow. 6) Therapeutische Erfahrungen mit Zinkperhydrol,
von Brodfeld. 7) Über das Overlachsche Trivalin, von O. Bernecker. 8) Die Be-
handlung der Impfstellen mit einer alkoholischen Lösung von Pikrinsäure und Jod,
von J. F. Schamberg. 9) Über Karboneol, von K. Herxheimer. 10) Angewandte
Ionenlehre für Studierende, Chemiker, Biologen, Ärzte u. a., von G. Buchner. —
Entzündliche Dermatosen. 11) Dysidrosis palmaris, eine kosmetische Sommer-
affektion, von Paschke. 12) Einige bewährte Rezeptformeln, von M. Hodora. 13) Bak-
terienbefunde bei Psoriasis, von A. Menzer. 14) Die Therapie des Ekzems, von
Th. Veiel und Fritz Veiel. 15) Über einen Fall von Papillomata accuminata der
Lippenschleimhaut, von R. Wagner. 16) Die Behandlung der Krankheiten der be-
haarten Kopfhaut, von K. Herxheimer und K. Altmann. — Progressive Er-
nährungsstörungen der Haut. 17) Xanthélasma des paupières ayant amené par
prolifération sous-cutanée un xanthome-bilatéral, ou tumeur de la partie antérieure de
la région temporale, par van Lint. 18) Über ein Xanthohämangiofibrom, von Zickler.
19) Epitheliombehandlung mit Kupfersalzen (Kupferlezithin), von A. Strauss. 20) In-
testinal stasis in relation to cancer etiology and prophylaxis, by W. S. Bainbridge.
21) De la mélanose circonscrite précancéreuse, par Dubreuilh. 22) Epithélioma lym-
phatique en nappe au cours du cancer du sein. 23) Über Serodiagnostik der Ge-
schwülste mittels Komplementablenkungsreaktion nach v. Dungern, von G. Wolfsohn.
— Neuritische Dermatosen. 24) Dermatoneuroses au cours de la tuberculose
pulmonaire, par Aleixo. 25) Über die Behandlung der Pruritus vulvae mit Pittylen,
von Herzberg. 26) Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsderma-
tosen, von Fr. Veiel. 27) A case of dermatitis herpetiformis, by J. L. Buch. 28) Über
Protozoenbefunde bei Pemphigus chronicus, von B. Lipschütz. — Parasitäre
Dermatosen. 29) Die spezifische Behandlung der tiefen Trichophytie, von R. O. Stein.
30) Die Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenabszesse der Säuglinge, von P.
v. Szily. 31) Sur les pyodermes à bacilles de Loeffler, par Verbizier. 32) Beitrag
zur Erforschung des Ainhum, von J. Goulart. 33) Creeping disease, by Machado.
34) Über eine eigenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales (Ulcus vulvae
acutum), von Lipschütz. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut.
35) Blastomykosen und Sporotrichosen, von Ed. Babello. 36) Sopra un caso di blasto-
micosi, per M. Copelli. 37) Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach Herx-

heimer-Altman (Salvarsan-Tuberkulinmethode), von **R. Bernhardt**. — Gonorrhoe. 38) Über abortive Behandlung der Gonorrhoe, insbesondere der hinteren Harnröhre, von **Cronquist**. 39) Mit der Gonokokkenvakzine (Arthigon) erzielte Erfolge bei gonorrhoeischen Gelenkentzündungen, von **I. Farkas**. 40) Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe, von **Fückler**. 41) Experiences with the gonorrhoeal complement fixation test, by **Gradwohl**. 42) Arthrite blennorrhagique aigue avec hydarthrose, par **M. Lop**. 43) Über Hexal, ein neues sedatives Blasenantiseptikum, von **Boss**. — Syphilis. 44) Über Jodquecksilberverbindungen, speziell diiodoxybenzopolarasulfosaures Quecksilber, in ihrem Verhalten zum Organismus, von **E. Koch**. 45) Ein Fall von syphilitischem Ikterus, von **E. Brodfeld**. 46) Importance clinique de la réaction de Hecht, par **N. Pinés**. 47) Nabelschnurentzündung und Syphilis, von **M. Simmonds**. 48) Verimpfungen von Blut und anderen Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen in die Hoden von Kaninchen, von **Uhlenhuth** und **Mulzer**. 49) Ursachen des Sehnervenschwundes bei Tabes und progressiver Paralyse, von **Stargardt**. 50) Erfahrungen mit Neosalvarsan, von **W. Heuck**. 51) Erfahrungen mit Neosalvarsan, von **W. Kerl**. 52) Über Versuche mit Neosalvarsan, von **A. Jordan**. 53) Arsennachweis im Harn nach der Anwendung von Salvarsan, von **Merkuriew**. 54) Salvarsan et eau distillée plombique, par **Sieard et Leblanc**. 55) Alcune ricerche sperimentali sulle alterazioni locali e generali successive all' uso del salvarsan (606), per **L. Tommasi**. 56) Erfahrungen über Salvarsan in der Praxis, von **v. Stokar**. 57) Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan, von **Holzhäuser**. 58) Einige Worte zur Salvarsanfrage, von **Trzeleński**. 59) Über Salvarsan und Quecksilberkombination, von **Saynisch**. 60) Diagnose und Therapie der Syphilide (Syphilis der Haut- und Schleimhaut), von **S. Jessner**. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 61) L'incontinence d'urine symptomatique de la tuberculose rénale, par **Constantinenco**. 62) Sur la conduite à tenir dans les cas de tuberculose rénale où toute exploration des reins est rendue impossible par l'état de la vessie, par **Marion**. 63) L'infection descendante des voies urinaires dans la fièvre typhoïde, par **Lemierre et Abrami**. 64) Potentia generandi trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis, von **P. Bull**. 65) Ein Fall von rechtsseitiger Kastration bei einem 18jährigen Manne; Hypertrophie der linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilateralis sinistra), von **J. J. Selenew**. 66) Cavernitis penis migrans, von **L. Waelisch**. 67) Die Tuberkulose der Harnorgane, von **H. Wildbolz**.

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes. — VIII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus der Poliklinik für Nervenkrankheiten von San.-Rat Dr. Neisser und Dr. Lowinsky in Berlin.]

1. Zur Kenntnis der syphilitischen Fazialislähmung.

Von Dr. **Julius Lowinsky**.

Seitdem man auf die Häufigkeit peripherischer Nervenlähmungen im Frühstadium der Syphilis, speziell im Gebiet des Nervus facialis, aufmerksam geworden war, — und das ist schon lange vor der Salvarsanperiode der Fall gewesen —, ist von den verschiedenen Autoren eine Reihe von Hypothesen über die Natur dieser Lähmungen und die Art ihres Zusammenhanges mit der Syphilis aufgestellt worden. Die Frage spitzte sich schließlich dahin zu, ob man es hier mit einer echten syphilitischen Neuritis zu tun habe, wie eine Reihe von Autoren (Gowers¹,

¹ Gowers, Handbuch der Nervenkrankheiten. II. S. 229.

Oppenheim¹ u. a.) behauptete, oder nur um eine durch die Syphilis hervorgerufene, erhöhte Disposition für die gewöhnliche Fazialisparalyse (Goldflam,² Bernhardt³ u. a.) In neuerer Zeit hat sich nun zu dieser Frage, gewissermaßen als Komplikation, die Diskussion über die Entstehung dieser Lähmungen durch das Salvarsan eingestellt, wobei man sie entweder als direkte Salvarsanbeschädigungen oder mindestens als vorzeitig durch das neue Mittel provozierte „Neurorezidive“ ansprach.

Wenn auch diese Kontroverse, wie sie ähnlich wohl bei der Einführung aller neuen, besonders der heroischen Mittel zu entbrennen pflegt, noch immer nicht allseitig zugunsten des Salvarsans entschieden ist, so lehren doch die Beobachtungen, daß dem Salvarsan, ganz abgesehen von seiner eminenten praktischen Bedeutung, gerade zur Lösung der uns hier interessierenden Frage theoretisch eine sehr wichtige Rolle zufällt.

In einer Inauguraldissertation vom Jahre 1898 (Otto Gordon⁴) wird bereits darauf hingewiesen, daß „die Therapie zur Beurteilung der Frage vom Zusammenhang zwischen Lues und peripherischer Fazialislähmung in den meisten Fällen eine allein ausschlaggebende Rolle spielt.“ Auch in einer Publikation zu dem gleichen Thema an diesem Orte hat der Verfasser⁵ betont, welchen Wert der prompte Erfolg einer antiluetischen Behandlung für den Nachweis der syphilogenen Natur dieser Lähmungen hat. Es war im voraus zu erwarten, daß mit der Gewinnung eines so rapide spezifisch wirkenden Mittels, wie es das Salvarsan darstellt, auch diese Beweisführung „ex juvantibus“ besonders gefördert werden würde. Einen solchen Fall, der die Ansicht von der syphilitischen Ätiologie derartiger Lähmungen außerordentlich zu stützen geeignet ist, habe ich vor kurzem in unserer Poliklinik zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Am 7. Oktober 1912 kam ein 38 Jahre alter Buchhalter, L. W., verheiratet, vom Augenarzt überwiesen, wegen einer am Tage vorher entstandenen linksseitigen Gesichtslähmung in unsere Behandlung. Er gab zunächst an, bisher stets gesund gewesen zu sein. Zwei Tage vor dem Eintreten der Lähmung habe er Schmerzen im Hinterkopf verspürt. Diese mit großer Exaktheit vorgebrachte Klage deutete darauf hin, daß es sich nicht um eine gewöhnliche rheumatische Lähmung handele, doch antwortete Patient auf die Frage nach einer syphilitischen Infektion strikte verneinend. Erst bei der Untersuchung fand sich bei dem sonst völlig

¹ Oppenheim, Syphilis des Zentralnervensystems. S. 101.

² Goldflam, Neurolog. Centralbl. 1891. S. 486.

³ Bernhardt, Berliner klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 10.

⁴ Otto Gordon, Ein Beitrag zur luetischen peripherischen Fazialisparalyse. Inaug.-Dissert. Königsberg 1898.

⁵ Lowinsky, Dermatolog. Centralbl. XII. Nr. 1.

gesunden Mann eine ganz frisch zur Ausheilung gelangte Induration am Penis. Nun endlich gab Patient zu, daß er vor etwa 9 Wochen ein Geschwür am Glied bemerkt hatte, daß er allein mit Kamillenbädern behandelt habe und das in etwa 4 Wochen zur Heilung gekommen wäre. Ärztliche Behandlung hatte überhaupt nicht stattgefunden. Die Fazialislähmung erwies sich funktionell als mittelschwere, elektrische Entartungserscheinungen lagen jedoch nicht vor. Von irgendwelchen sonstigen Erscheinungen der Syphilis war nichts nachzuweisen, speziell kein Exanthem.

Die am 10. Oktober angestellte Wassermannsche Untersuchung ergab ein positives Resultat; am 15. Oktober traten die ersten Roseolaerscheinungen auf, wobei die Kopfschmerzen zunahmen. Die Fazialislähmung blieb unter elektrischer Behandlung unverändert.

Am 19. Oktober wurde dem Patient von Herrn Prof. Joseph eine intravenöse Injektion von 0,6 Neosalvarsan verabreicht. Am 24. Oktober, also 5 Tage nach der Injektion, war die Fazialislähmung bis auf die letzte Spur verschwunden, so daß auch das linke Auge isoliert mit voller Kraft geschlossen werden konnte. Gleichzeitig war das Exanthem, das nur spärlich in die Erscheinung getreten war, völlig geschwunden. Zurzeit ist Patient von allen Erscheinungen frei und bleibt weiter unter Beobachtung.

Der Fall bietet in diagnostischer wie in klinischer Beziehung gewiß manche Besonderheiten. Der Rückschluß von der mit auffälligen Symptomen einhergehenden Fazialislähmung auf die latente Lues, das Auftreten der Lähmung in dem frühen Stadium, schon vor der Roseola, zeichnen den Fall vor anderen ähnlichen aus; was ihm aber prinzipielle Bedeutung verleiht, ist der durch das Salvarsan ermöglichte rapide Heilerfolg. Auch die leichteste Fazialislähmung dürfte kaum vor Ablauf von 1—2 Wochen zur Heilung gelangen. Andererseits erforderten auch bei Annahme einer syphilitischen Ursache die bisherigen antisypilitischen Heilmethoden mindestens einige Wochen bis zur Beseitigung derartiger Lähmungen.

Wenn eine Heilung jetzt unter dem Einfluß eines neuen Mittels in so unerhört kurzer Zeit stattfindet, so ist dadurch auch das Beweismaterial zugunsten einer spezifischen Ätiologie so weit wie möglich vervollständigt, da eine anatomische oder mathematische Beweisführung natürlich unmöglich ist.

Nachschrift bei der Korrektur: Genau 2 Monate später hat sich Patient wieder vorgestellt mit einem typischen „Neurorezidiv“, das aber diesmal die entgegengesetzte Seite (rechts) betraf, und zwar den Fazialis und Acusticus (völlige Nerventaubheit); auch der linke Acusticus war mitbeteiligt (hier noch Flüstersprache auf 3 m; Befund von Geh. Sanitätsrat Dr. Schoetz). Während die Taubheit bereits seit 14 Tagen bestanden

hatte, war die Fazialisparese erst vor 2 Tagen (18./XII. 1912) aufgetreten. Unter kombinierter Salvarsanbehandlung (0,4 Neosalvarsan am 20./XII.; Herr Prof. Joseph) und Schmierkur heilte die Fazialislähmung wiederum im Laufe einer Woche vollständig ab, so daß am 27./XII. keine Residuen davon mehr nachweisbar waren. Wegen der Acusticusaffektion, die schon wesentlich gebessert ist, steht Patient zurzeit noch in Behandlung. Es wird durch diesen eigentümlichen Krankheitsverlauf einerseits die Unabhängigkeit des Neurorezidivs von der Salvarsanbehandlung evident erwiesen, da die erste Fazialislähmung vor jeder Salvarsananwendung und die zweite Lähmung (Fazialis-Acusticus) erst 2 Monate nach der Salvarsaninjektion auftrat. Andererseits wird durch den wiederholten, momentanen Heilerfolg des Salvarsans der Nachweis, daß es sich um syphilogene Lähmungen handelt, nur noch mehr gesichert.

2. Eine einfache Methode, Leprabazillen in der zu untersuchenden Haut nachzuweisen.¹

Von Priv.-Doz. A. Paldrock.

Ist die Lepra in ausgeprägten Fällen durch ihr in die Augen springendes klinisches Bild unverkennbar und mit Sicherheit leicht diagnostizierbar, so kann man vom Diagnostizieren des Anfangsstadiums der Lepra das Gegenteil behaupten; besonders wenn außer einigen erythematösen Flecken und Urtikariaquaddeln sonst keine verdächtigen Symptombilder auf der Körperoberfläche zu finden sind. Vergessen wir auch nicht, daß die Anästhesie bei der Lepra maculosa erst im vorgeschrittenen Stadium zutage tritt, während zu Anfang eine Hyperästhesie besteht.

In zweifelhaften Fällen leistet uns das Mikroskop gute Dienste.

Unzweifelhaft würde es am besten sein, aus den exzidierten Hautstücken mikroskopische Schnitte herzustellen, ihren anatomischen Bau zu untersuchen und dabei nach Lepraherden zu fahnden. Diese Laboratorienarbeit ist für den praktischen Arzt in den meisten Fällen nicht ausführbar. Deshalb hat man einfachere Untersuchungsmethoden vorgeschlagen. Durch Abschaben der Epidermis gewinnt man aus der zu untersuchenden Stelle Serum, aus welchem Ausstrichpräparate hergestellt werden, die dann das Untersuchungsmaterial abgeben. Solche Präparate sind sehr leprabazillenarm oder diese fehlen ganz in denselben, weisen aber viel störende Verunreinigungen durch andere Mikroorganismen, rote Blutkörperchen und sekundäre Entzündungsprodukte (Leukozyten) auf.

¹ Vortrag, gehalten am 7. November 1912 in der medizin. Pirogow-Gesellschaft der K. Universität zu Jurjew (Dorpat).

Um Präparate zu bekommen, welche diese Übelstände nicht aufweisen, wohl aber reich an Leprabazillen sind, empfiehlt P. G. Unna Hackpräparate in seinem Buche: „Histotechnik der leprösen Haut“, Hamburg 1910, S. 15: Ein frisches Leprom, feucht auf eine Glasplatte gelegt, wird mit einem Rasiermesser durch kreuzweises Hacken möglichst fein zerschnitten. Man bringt dieses Hack mittels Glasstabes in ein Reagenzglas, verdünnt es mit etwa 3 Teilen destillierten Wassers und schüttelt es damit so lange tüchtig durch, bis ein gleichmäßiger feiner Brei entsteht. Dann wird die ganze Masse durch eine einfache Lage Verbandmull filtriert, um sie von den noch immer zurückbleibenden, größeren fibrösen Balken zu befreien. Der zurückbleibende Rest wird noch einmal auf die Glasplatte gebracht, weiter zerhackt, mit dem ersten Filtrat vereinigt und durchgeschüttelt, worauf man das Ganze durch Verbandmull in ein Zentrifugenglas filtriert. Nach dem Zentrifugieren wird die nicht ganz klar werdende, überstehende Flüssigkeit abgegossen. Das Hack verteilt man dann sogleich mittels einer Pipette auf möglichst viele Objektträger und fixiert dasselbe über der Flamme. Die Präparate sind dann fertig zur Färbung und können beliebig lange aufbewahrt werden.

Unzweifelhaft wird man bei Anwendung dieser Methode bessere Resultate beim Suchen nach Leprabazillen erzielen, als beim Untersuchen der aus gewonnenem Serum hergestellten Ausstrichpräparate.

Es galt für mich die Frage, ob man nicht auf weniger umständliche Weise auch Ausstrichpräparate herstellen könnte, welche möglichst wenig Verunreinigungen, wohl aber möglichst viel Leprabazillen aufweisen.

Zunächst bediente ich mich der von Koslow¹ verbesserten Uhlenhutschen Anreicherungs-methode, wie jener dieselbe bei der Feststellung säurefester Bazillen verwendet.

Aus der zu untersuchenden Hautstelle gewonnenes Blutserum wurde durch Zusatz von gleichen Teilen Antiformin homogenisiert und die homogene Masse dann zehnfach mit Wasser verdünnt. Nach Zusatz von Äther und Aceton wurde alles gründlich durchgeschüttelt und ließ man dann die ganze Mischung abstehen, welche sich rasch in drei Teile schichtete, im mittleren Teil Bakterien enthaltend. Wenn man auch auf diese Weise viel störendes Material aus dem Ausstrichpräparat ausschaltet und auch sicherer zum Leprabazillenfund gelangt, als bei Bereitung von einfachen Serumausstrichpräparaten, so ist doch folgende Art, wie ich sie jetzt anwende, bedeutend weniger zeitraubend und einfacher:

Das exzidierte Hautstück wird in destilliertes Wasser gelegt und so lange in demselben gespült, bis es kein Blut mehr abgibt. Hierauf wird das Hautstückchen auf Filtrierpapier gelegt, um überschüssiges Wasser

¹ Russki Wratsch. 1910. Nr. 13.

abzusaugen, dann faßt man es mit der Pinzette und streicht mit demselben über Deckgläschen, dasselbe bisweilen stärker andrückend, wobei die Leprabazillen aus dem Hautstückchen herausmassiert werden. Die lufttrockenen Ausstrichpräparate werden über der Flamme fixiert und darauf mit Fuchsin und Methylenblau wie üblich nach Baumgarten gefärbt. Die Präparate enthalten in großen Massen Leprabazillen, auch als Globuli vertreten.

Erlauben Sie, daß ich Ihnen letztere Methode in Praxi demonstriere:

Bei der Patientin, welche ich hiermit vorstelle und welche außer erythematösen Flecken an den Händen, sowie einigen Urtikariaquaddeln auf der Brust keinerlei verdächtige Symptome von Lepra aufweist, habe ich in einfachen, aus Serum angefertigten Ausstrichpräparaten keine Leprabazillen nachweisen können. Auch nicht nachdem ich die störenden roten Blutkörperchen in den Ausstrichpräparaten vor der Färbung durch Essigsäure gelöst hatte. Wohl aber können Sie sich in den ausgestellten mikroskopischen Präparaten, welche vermittelt eines in destilliertem Wasser gespülten Hautausschnitts hergestellt sind, Leprabazillen und Globuli in großen Mengen finden. Hier liegt die Überlegenheit letzterer Methode vor den auf gewöhnliche Weise hergestellten Ausstrichpräparaten klar zutage.

In rascher Zeit ausführbar vermeidet man hierbei die Berührung des zu untersuchenden leprösen Materials mit zu vielen Laboratoriumsgegenständen, einer Verstreuung des Materials Vorschub leistend.

II. Therapeutische Revue.

Die Pathogenese und Therapie der gonorrhöischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft.

Von Dr. Carl Schindler in Berlin.

In dem letzten Jahrzehnt sind die großen Fortschritte in den allgemeinen medizinischen Wissenschaften (Physiologie, Biologie) auch für das kleine Gebiet, mit dem wir uns heute beschäftigen, die Pathogenese und Therapie der gonorrhöischen Epididymitis fruchtbringend gewesen. Grundlegende Untersuchungen haben Licht in das Dunkel gebracht, welches bisher die Entstehung der Epididymitis und namentlich die hierbei sich abspielenden feineren Vorgänge unseren Blicken entzog. Zugleich wurde dadurch ein Weg gefunden, durch geeignete Prophylaxe a priori die Entstehung einer Epididymitis zu verhüten oder doch die Häufigkeit derselben entsprechend zu beschränken. Aber auch die Therapie selbst ist soweit ausgebaut worden, daß, wenn auch unsere Wünsche nicht restlos befriedigt werden, wir doch voraussichtlich an der Grenze des Erreichbaren angelangt sind. Man wird die wissenschaftliche Arbeit auf diesem ganzen Gebiet im wesentlichen als abgeschlossen betrachten dürfen. Es ist daher gerechtfertigt, in einem Rückblick auf die wissenschaft-

liche Arbeit vieler den bleibenden Gewinn als Frucht des wissenschaftlichen Fortschrittes im letzten Jahrzehnt festzuhalten. Ich habe mich daher der Aufforderung des Herausgebers dieses Centralblattes, ein Übersichtsreferat dieses Gebietes zusammenzustellen, um so lieber unterzogen, als ich selbst an dessen Aufschließung verschiedentlich mitgearbeitet habe.

Die Pathogenese der Epididymitis gonorrhoeica.

Noch im Jahre 1899 war die Frage umstritten, ob die Epididymitis durch den Gonococcus direkt verursacht werde, obwohl sie im Verlaufe einer Gonorrhoe sich oft genug vor den Augen des Arztes im Anschluß an den Übergang der Entzündung auf die hintere Harnröhre entwickelte. Hin und wieder war von einzelnen Autoren in einem einzelnen Fall festgestellt worden, daß in dem Eiter einer abszedierenden Epididymitis Gonokokken gefunden wurden. Die Abszeßbildung ist aber eine Seltenheit. Weit häufiger, fast in der Regel, bleibt bei der Epididymitis gonorrhoeica die eitrige Einschmelzung des Gewebes aus. Daß auch in diesen Fällen, überhaupt unter allen Umständen, die Epididymitis durch die Gonokokken direkt hervorgerufen wird, war noch bezweifelt, und Witte behauptete, im Jahre 1899, in seiner aus der Neisserschen Klinik hervorgegangenen Arbeit:

1899. Zur Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. I. Heft 1 zum ersten Male, daß alle gonorrhoeischen Epididymiden durch den Gonococcus selber hervorgerufen würden. Noch 1899 muß Witte gegen den Orchio-coccus polemisieren, welchen D'Arlhac und Eraud als pathogenen Erreger der Epididymitis bezeichneten, obwohl er nur ein parasitäres Dasein in der gesunden Schleimhaut führt. Auch gegen die Toxintheorie muß Witte noch ankämpfen. Jedoch auch Witte konnte seine weitgehende These nur auf einen Fall stützen, und zwar auch nur wieder auf den Gonokokkenbefund aus dem Abszeß einer gonorrhoeisch entzündeten Epididymitis. Außer Witte hatten 1899 im ganzen nur vier Autoren in je einem Falle einer abszedierenden Epididymitis Gonokokken nachgewiesen: Routier, Grocz, Colombini und Harttung. Nur von einem einzigen Autor überhaupt (Collan) und nur in einem einzigen Falle waren durch Punktion einer taubeneigroßen, nicht vereiterten Epididymitis durch die Kultur der Punktionsflüssigkeit Gonokokken nachgewiesen worden, während im Ausstrichpräparat der Punktionsflüssigkeit Gonokokken nicht nachgewiesen worden waren. (Collan: Zur Frage der Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis 1897. Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 46.) Erst 6 Jahre nach Collan (1903) hat Baermann — wiederum in der Neisserschen Klinik — endgültig den Nachweis erbracht, daß in jeder nicht vereiterten entzündeten Epididymis die Gonokokken so häufig nachgewiesen werden können, daß die lokale Ansiedlung der Gonokokken in der Epididymis als spezifische Ursache der Epididymitis gonorrhoeica nicht mehr bezweifelt werden dürfe.

1903. Baermann: Über die Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln. Deutsche med. Wochenschrift. 1903. Nr. 40. Baermann fand sowohl in ganz frischen als auch in älteren, ja noch in 1—2 Jahre alten Knoten durch Punktion derselben entweder mikroskopisch oder kulturell Gonokokken. Baermann benutzte zur Punktion eine 8 cm lange Kanüle, die senkrecht durch die ganze Länge des Nebenhodens eingestochen und, unter beständiger Aspiration mit dem Spitzenkolben, langsam wieder zurückgezogen wurde. Wenn auch nachprüfende Autoren, zu denen ich selbst gehöre, nicht immer so häufig in der Punktionsflüssigkeit Gonokokken nachweisen konnten, wie Baermann selbst, so behielt doch der von Baermann aufgestellte Satz: „Jede Epididymitis, die im Verlaufe einer gonorrhoeischen Urethritis auftritt, ist durch eine lokale Invasion von Gonokokken bedingt“, durch den mikroskopischen und kulturellen Befund seine volle Geltung. Wir werden sehen, wie aus dem Versuch Baermanns sich eine neue Behandlungsmethode, die Punktion der Epididymitis, entwickelte. Noch immer aber harrete die weitere Frage der Beantwortung, auf welchem Wege die Gonokokken, die ja der Eigenbewegung ermangeln, von der Harnröhre in den Nebenhoden gelangen? Auch darüber hatte man recht verschiedene und unklare Vorstellungen. Die einen, unter diesen auch Baermann, erklärten die Entstehung der Epididymitis so, daß die Gonokokken wie in der Kultur, Rasen an Rasen bildend, sich im Schleimhautkanal der Urethra ausbreiteten und so weiter durch das Vas deferens hindurch zum Vas epididymis und den Coni vasculosi gelangten. Andere, v. Zeissl und Horowitz, Audry und Dalous nahmen an, daß die Verschleppung der gonorrhoeischen Entzündung in

die Epididymis auf dem Lymphwege erfolge. Nobls histologische Untersuchungen zerstörten diese von vornherein unwahrscheinliche Hypothese, daß die Gonokokken durch die Lymphbahnen in die Nebenhoden gelangen. Auch Sellei und Sorrentino fanden entzündliche Veränderungen nur in den Kanälchen. Schließlich fand Simonds bei Sektionen narbigen Verschuß des Samenleiters, ohne daß die bindegewebigen Schichten sklerosiert waren; die Verwachsung bestand nur in der Epithialschicht des Schleimhautkanals. Wenn nun der Schleimhautkanal der einzige vorgezeichnete Weg ist, auf dem die Gonokokken in den Nebenhoden gelangen können, so war man nun, da die Gonokokken keine eigene Bewegung haben, in Verlegenheit, wie man die oft auffallende Schnelligkeit erklären sollte, mit welcher die Entzündung der Epididymis nach einer eben beginnenden Urethritis posterior oder sogar anterior einsetzte. Die Länge des Schleimhautkanals von dem Orificium urethrae bis zum Vas epididymis beträgt etwa 60—65 cm, und auf diesem langen Weg sollte die Schleimhaut, wie der Agar in einem Reagensgläschen, von Gonokokkenkolonien durch allmähliches Wachstum, wie mit einem Rasen, überzogen sein. Man beobachtete oft schon wenige Stunden nach einer Prostatamassage, nach einer Instillation in die hintere Harnröhre das akute Einsetzen der Entzündung des Nebenhodens, obwohl dieser selbst gar nicht berührt worden war. Man mußte daher eine Triebkraft vermuten, welche die Gonokokken plötzlich in das Vas epididymis schleuderte. Nur durch die Annahme einer solchen Triebkraft konnte man ferner diejenigen Fälle befriedigend erklären, in denen der Nebenhoden eher als das Vas deferens oder ausschließlich ohne jede Mitbeteiligung desselben erkrankte. Als eine solche vermutliche Triebkraft konnte nur eine antiperistaltische Welle, eine retrograde Kontraktion des Vas deferens vom Colliculus seminalis zur Epididymis hin angenommen werden. Daß das Vas deferens an sich zu retrograden Bewegungen fähig sei, war von Loeb und Akutsu durch Reizung des Nervus hypogastricus experimentell festgestellt worden. Es stellte sich dann heraus, daß es sich nicht um eine echte Peristaltik, sondern um eine retrograde Kontraktion, eine Zusammenziehung der Muskulatur in der Längsrichtung handelt.

1905. Oppenheim und Loeb: Klinische und experimentelle Studien der Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis. (Virchows Archiv. II. Folge 18.) 1905 konnten durch Reizung des N. hypogastricus und des Caput gallinaginis mit nicht schwachen, Strömen retrograde Kontraktionen des Vas deferens auslösen. Auch nach mechanischer Reizung des Caput gallinaginis sahen Oppenheim und Loeb retrograde Kontraktionen auftreten. Hingegen mißlangen chemische Reizversuche. Aus dem Versuch Oppenheims und Loeb's ergab sich also mit Bestimmtheit so viel, daß die retrograde Kontraktion des Vas deferens eine Reflexbewegung war, die sowohl durch künstliche Reizung des N. hypogastricus als auch durch Reizung des Caput gallinaginis ausgelöst werden konnte. Es gelang nun weiter diesen Autoren bei Kaninchen auch der experimentelle Nachweis, daß auf das Caput gallinaginis gebrachte Streptokokkenreinkulturen durch elektrische Reizung des Caput in den Nebenhoden geschleudert wurden und dort eine Epididymitis erzeugten, deren Entstehung nach dem mikroskopischen und kulturellen Befund auf die Invasion von Streptokokken zurückgeführt werden mußte. Ich selbst habe die Versuche Oppenheims und Loeb's im großen und ganzen durch meine Nachprüfungen in der Neisserschen Klinik bestätigen können.

1907. Schindler: Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoeischen Urethritis posterior. Archiv f. Dermatologie. LXXXV. Heft 1—3. Mich interessierte besonders die Angabe Oppenheims und Loeb's, daß sie auch nach Berührung des Caput gallinaginis mit einer Pinzette retrograde Kontraktionen des Vas deferens auftreten gesehen haben. Faßte ich das Vas deferens mit der Pinzette, so trat jedesmal eine deutliche retrograde Kontraktion auf, nicht aber, wenn ich nur den Colliculus seminalis allein mit der Pinzette quetschte oder mit dem Knopf eines Katheters rieb. Die Reflexkontraktionen des Vas deferens vom Colliculus aus durch Berührung mit dem Knopf des Katheters konnte ich immer erst dann auslösen, wenn der Colliculus durch vorherige Einspritzung einer 2—3%igen Argent. nitric.-Lösung in die Urethra in einen hyperämisch-entzündlichen Zustand versetzt worden war. Durch alle diese Versuche war aber sicher so viel erwiesen, daß durch künstliche Reizung des Colliculus seminalis reflektorisch retrograde Kontraktionen des Vas deferens eintreten und daß etwa auf dem Colliculus befindliche Bakterien — Gonokokken — durch Aspiration in die Cauda der Epididymis geschleudert werden. Ein großer Schritt vorwärts in der Erkenntnis der Pathogenese der Epididymitis gonorrhoeica war getan! Niemals aber konnten Oppenheim und Loeb retrograde Kontraktionen des Vas deferens erzielen, wenn sie die Schleimhaut der Harnröhre an irgend einer Stelle vor dem Colliculus seminalis reizten. Weitaus jedoch am häufigsten aber

tritt die Epididymitis nicht etwa nach einem künstlichen therapeutischen Eingriff ein, der einem Reizversuch gleichzusetzen ist, sondern gewöhnlich gerade in solchen Fällen, in denen jede lokale Behandlung unterblieben war und der Kranke überhaupt einen Arzt gar nicht aufgesucht hatte. Wie sind aber in diesen Fällen die retrograden Kontraktionen des Vas deferens zu erklären und wodurch werden sie ausgelöst? Nun, wie ich zeigen konnte, durch innere Reize, durch ein selbständiges autonomes, peripheres Zentrum, den Plexus hypogastricus, welcher die glatte Muskulatur der maskulinen Sexualorgane innerviert und zu rhythmischen, automatischen peri- und antiperistaltischen Kontraktionen befähigt, ebenso wie auch die Muskulatur des Herzens, des Darmes, des Ureters, des Uterus zu rhythmisch-automatischen peri- und antiperistaltischen Bewegungen befähigt sind. Daß die automatischen Herz- und Darmbewegungen allein von einem peripheren autonomen Zentrum abhängig sind, wurde am herausgeschnittenen, überlebend erhaltenen Organ studiert. Durch diese modernen, hochinteressanten Arbeiten der Physiologen angeregt, namentlich auch durch Kurdinowskys Studium der automatischen Bewegungen der Uterusmuskulatur, hatte ich mich dem Studium der automatischen Muskelbewegungen der Sexualorgane zugewandt und zunächst am Uterus echte antiperistaltische, rhythmisch-automatische Bewegungen und besonders die Bedingungen festgestellt, unter welchen die rhythmisch-automatischen autochthonen Kontraktionen auftreten, verstärkt, abgeschwächt oder ganz unterdrückt werden können.

1908. Schindler: Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der automatischen Bewegungen des Uterus und deren Bedeutung für die Pathologie und Therapie der uterinen Infektionskrankheiten, insbesondere der Gonorrhoe. Archiv f. Gynäkologie. LXXXVII. Heft 3. Nachdem ich die Adnexerkrankungen auf die rhythmisch-automatischen, d. h. unwillkürlich erfolgenden antiperistaltischen Kontraktionen der Uterusmuskulatur zurückgeführt hatte, lag es für mich nahe, zu vermuten, daß auch die männlichen Sexualorgane zu rhythmisch-automatischen Bewegungen, welche von einem peripheren autonomen Zentrum abhängen, befähigt sind.

1909. Schindler: Die Bedeutung unwillkürlicher Muskelkontraktionen und deren Abhängigkeit vom Atropin für die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 37. Ich fand, daß auch der gänzlich isolierte Sexualapparat, außerhalb des Tierkörpers künstlich ernährt, noch weiter lebt und sich in regelmäßigem Wechsel zwischen Arbeit und Ruhe rhythmisch-automatisch ohne Anwendung irgendwelcher Reize bewegte, solange die isolierten Sexualorgane noch mit ihrem autonomen peripheren Zentrum, dem Plexus hypogastricus, in Verbindung standen. So kann man regelmäßige Bewegungen, auf welche nach einiger Zeit eine Ruhepause folgt, des isolierten Caput gallinaginis, der Samenblase und der Samenleiter, der Prostata, der Blase usw. beobachten. Alle Reizungen, sowohl chemische, thermische, mechanische und elektrische, sowohl des Plexus als auch der Samenblase oder der Prostata riefen verstärkte automatische Bewegungen der Samenleiter hervor. Die Kontraktionswellen traten dann häufiger auf, in kürzeren Zwischenpausen und liefen schneller ab. Die einseitige Durchschneidung des Plexus lähmte die automatischen Bewegungen der Samenleiter auf der durchschnittenen Seite, während die andere Seite fortarbeitete. Atropin setzt die automatischen Kontraktionen bis zur völligen Lähmung herab. Aber auch wenn man die Organe überhaupt nicht reizte, beobachtete man außerordentlich häufig das Auftreten retrograder Kontraktionen der Samenleiter. Ich hatte also nachgewiesen, daß die Entstehung der Epididymitis nicht allein auf Reflexkontraktionen des Vas deferens, sondern auch auf die rhythmisch-automatisch einsetzenden retrograden unwillkürlichen Kontraktionen des Vas deferens zurückgeführt werden müsse. Ich hatte ferner gezeigt, daß diese Kontraktionen reflektorisch durch Reize verstärkt oder durch chemische Agenzien, wie z. B. Atropin, unterdrückt werden können. Diese letztere Tatsache hat sich auch therapeutisch bei der Behandlung der Gonorrhoe als sehr nützlich erwiesen. Die Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis liegt heute also klar vor unseren Augen, denn wir konnten den Ablauf aller derjenigen Vorgänge, welche zur Epididymitis führen, im Experiment im buchstäblichen Sinne mit den Augen verfolgen.

Die Therapie der Gonorrhoe.

A. Die Antiphlogose.

In den früheren Zeiten war die Therapie der Epididymitis eine rein abwartende; nur gegen die Schmerzen und die starke Schwellung des Neben-

hodens wurden antiphlogistische Mittel angewandt; der eine bevorzugte kalte, der andere heiße Umschläge. Auch heute noch ist die Antiphlogose in jedem einzelnen Fall von Epididymitis unerlässlich. Wir werden zwar nachher spezifische Behandlungsmethoden kennen lernen, aber die unterstützende Wirkung der gleichzeitig einsetzenden Antiphlogose können wir in keinem einzigen Falle entbehren. Nur wissen wir heute genau, wie die einzelnen Antiphlogostica, die Kälte, die Hitze, die feuchten Verbände auf den Entzündungsherd wirken. Wir können nun infolge unserer Kenntnis der pathologisch-anatomischen Vorgänge im Entzündungsherd nicht nur Indikationen aufstellen für die jeweilige Wahl der Anwendung von Hitze oder Kälte oder feuchten Verbänden, sondern auch für die Zeitdauer, innerhalb welcher ein bestimmtes Antiphlogostikum einwirken soll. Auch diese sehr interessanten und wichtigen Untersuchungen verdanken wir wiederum der Neisserschen Schule, die auf diesem ganzen Gebiete die Führung behält. J. Schäffer hat in der Breslauer Klinik nicht nur die Wirkung der einzelnen Antiphlogostica experimentell erforscht, sondern auch vergleichsweise die spezifische Eigenart ihrer Wirkungen exakt gegeneinander abgegrenzt.

1910. J. Schäffer: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß der lokalen Behandlung auf die Entzündung. Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 18 u. 19. Schäffer erzeugte durch die von ihm ausgearbeitete Fadenmethode künstlich Infiltrate, indem er Seiden oder Catgutfäden durch die Haut oder Unterhaut eines Kaninchens zog. Je nachdem, ob die Fäden steril waren oder in Karbol- oder Höllensteinlösung getaucht oder mit virulenten Bakterien infiltriert waren, entstand eine reine Fremdkörperentzündung oder eine chemische oder eine bakterielle Entzündung. Die eine Seite wurde behandelt, die andere blieb unbehandelt. Diese Methode gestattete ferner, die Behandlung zu beliebigen Zeiten einzuleiten oder vor und nach der Entwicklung eines Infiltrates zu unterbrechen. Die unbehandelte Kontrollseite ließ erkennen, was die Behandlung leistete. Am Schluß der Behandlung wurden die beiden symmetrischen Hautstücke exzidiert, eingebettet und so geschnitten, daß der Faden quer getroffen wurde. Besonders eingehend untersuchte Schäffer die Einwirkung der verschiedenen Arten der Hitzeapplikation — trockene Hitze, heiße Luft, Termophorkissen, Breiumschläge — auf den Ablauf der Entzündung. Die Wirkung war stets die gleiche: immer entwickelte sich eine starke arterielle Hyperämie — die Arterien sind um das drei- bis vierfache dilatiert — und daneben eine starke Lymphorrhagie, so daß das Gewebe serös durchtränkt ist. Um den Fremdkörper herum ist die Lymphansammlung so stark, daß sich geradezu Seen von Lymphe bilden. Infolgedessen wird die zu bekämpfende Schädlichkeit, z. B. Höllensteinniederschläge, Bakterienaussaat, beseitigt und fortgeschafft, resorbiert. Gleichzeitig aber bleibt die Infiltrationsbildung aus, es kommt zu keiner nennenswerten Ansammlung von Leukozyten, die lokale Eiterung bleibt aus, die Leukozyten werden durch die reichlich ausgetretene Lymphe vernichtet, aufgelöst, verdaut. Diese gesteigerte Zirkulation bleibt auch nach 24, 36 Stunden bestehen, wenn nach zweistündiger Hitzebehandlung dieselbe ausgesetzt wird. Auch dann bleibt die Eiterung aus, die Leukozyten bleiben fern und sammeln sich nicht etwa in dem reichlich vaskularisierten serös durchtränkten Gewebe nachträglich um den Fremdkörper herum an. Man erreicht also, wenn man die Hitze nur zwei Stunden einwirken läßt, denselben Effekt, wie nach 24stündiger Einwirkung. Das ist sehr wichtig, daß man infolge dieser Nachwirkung einer einmal eingeleiteten Hitzetherapie die Hitze nicht ununterbrochen fortwirken zu lassen braucht, weil das Gewebe durch eine ununterbrochen andauernde Hitzeeinwirkung geschädigt würde und es auch in praxi lästig und nicht durchführbar ist, Tag und Nacht die Behandlung mit Hitze vorzunehmen. Die Temperaturhöhe soll bei feuchter Wärme 41°, bei trockener 45° nicht übersteigen. Man richte sich in der Praxis nach dem subjektiven Empfinden der Patienten, nach der klinischen Verträglichkeit. Übertriebene Hitze, welche über die subjektive, gute Verträglichkeit hinausgeht, verhindert nicht mehr die Entzündung, die Infiltratbildung, sondern begünstigt sie durch Stase nach Austreten von Hämoglobin. Eine fast vollständige Analogie mit der Wirkung der lokalen Hitzebehandlung weist die Behandlung mit stärker konzentrierten Spiritusverbänden auf. Es war bisweilen aus den mikroskopischen Präparaten unmöglich zu entscheiden, ob eine Be-

handlung mit Hitze oder mit Spiritusverbänden vorlag. Die Spiritusverbände waren nach der Vorschrift Salzwedels gemacht: vierfache, mit Spiritus getränkte Gazelagen werden mit präpariertem Billrothbattist überdeckt. Der Verband muß nach etwa 6—8 Stunden, wenn er anfängt trocken zu werden, erneuert werden. Am besten wirken die hohen Konzentrationen; unter 70° ist die Wirkung schon gering. Die hohen Konzentrationen aber schädigen oft die Haut. Schäffer fand nun, daß dagegen ein 40—50%iger Spiritus, wenn man ihm 2% Resorzin hinzusetzt, nicht nur von der Haut gut vertragen wird, sondern auch so intensiv wirkt, wie 96%iger Spiritus. Außerdem kann bei der Applikation dieses schwächeren Resorzinspiritus auf die Perforation des Billrothbattistes verzichtet werden. Für alle akuten lokalen Entzündungen, speziell für die Epididymitis, hat sich Schäffer daher folgendes kombinierte Verfahren einer Wärme- und Spiritusbehandlung am besten bewährt: „Zweimal täglich 1—2 Stunden lang trockene heiße Umschläge (Thermophor, heißer Sandsack, Breiumschläge mit Billrothunterlage). In der Zwischenzeit Resorzinspiritusverband, welcher die durch die Hitze einmal eingeleitete arterielle Hyperämie und lymphatische Fluxion konstant erhält. Rp. Resorcin alb. 4,0, Sp. rectificat (40—50%) ad 200,0.“ Die Wirkung anderer feuchter Verbände mit impermeabler Deckschicht oder reine Priesnitzumschläge ohne impermeable Deckschicht ist so geringfügig, daß sie für die Behandlung der Epididymitis nicht empfohlen werden kann. Desgleichen bleibt auch die Einwirkung der Kälte (Eisblase) nicht nur hinter derjenigen der Hitze weit zurück, sondern es tritt im Gegenteil, sobald die Eisblase fortgelassen wird, eine vermehrte Leukozythose und hierdurch eine Steigerung der Entzündung ein, welche mit starker Infiltratbildung verknüpft ist. Schäffer untersuchte ferner die Wirkung derivierender oder irritierender Pflaster, Karbol-, Quecksilberpflaster, Pinselung mit Jodtinktur usw., ohne einen entzündungshemmenden Effekt feststellen zu können. Es ergibt sich also der Leitsatz: „Die Behandlung einer jeden Epididymitis beginnt mit der Einleitung einer zweckentsprechenden Antiphlogose, welche während der ganzen Dauer der Entzündung bis zur vollkommenen Rückbildung derselben aufrecht erhalten wird. Die zweckmäßigste Antiphlogose besteht in der Kombination der Resorzin-Spiritusverbände mit etwa dreimal am Tage auf die Dauer von Stunden wiederholten heißen trockenen Umschlägen (Thermophor, Sandsack).“

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Die Lokalisation des Pigmentes und ihre Bedeutung in Ontogenie und Phylogenie der Wirbeltiere**, von Fr. Weidenreich. (Zeitschrift f. Morphologie u. Anthropologie. 1912. S. 59.)

Von den vier Pigmenthüllen, die Verf. bei den Wirbeltieren unterscheidet, nämlich der kutanen (epidermalen und dermalen), der perineuralen, bzw. epineuralen, der pericoelomatischen und der perivaskulären, kommen bei den Säugetieren und beim Menschen, die uns hier allein interessieren, nur die beiden zuerst genannten Formen in Betracht. Was das perineurale Pigment der Säugetiere anlangt, so kommt es in wechselndem Grade der Ausbildung bis zum Menschen hinauf vor als Rest einer allgemeinen Hülle des Zentralnervensystems. Mit Bezug auf die Lokalisation des Haar- und Hautpigments beim Menschen zeigt sich der Rücken, der Sitz des zentralen Nervensystems, im allgemeinen bevorzugt. Das Kopfhaar des Menschen ist ausgesprochen dorsal orientiert und deckt das Gehirn im dorsalen Gebiet, soweit dieses der äußeren Körperoberfläche am nächsten kommt. Auch in der stärkeren Behaarung und Pigmentierung des Nackens und in der Neigung zu einer stärkeren Behaarung der übrigen Wirbelsäulengegend kommt das Bestreben, das Rückenmark zu schützen, zum Ausdruck. Unter fünf Unfallverletzten, bei denen vor Jahren eine Trepanation vorgenommen worden war, konnte Verf.

bei dreien eine deutliche dunklere Färbung des Haares im Bereich der Defektstelle nachweisen. Auch bei *Spina bifida occulta* zeigt die Haut häufig starke Pigmentierung und Behaarung, ein Zustand, den man übrigens auch nicht selten in der Kreuzbeingegend bei normaler Hiatusbildung beobachten kann.
B. Solger-Neiße.

2) **Vorläufige Mitteilungen über die Anwendung von Thorium X in der Dermatologie**, von F. Wagner. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. November.)

Bei chronischer Urtikaria und bei Dermatitis herpetiformis waren die Thorium-X-Injektionen ohne Erfolg, dagegen besserte sich eine Mycosis fungoides deutlich; resorbierend wirkte das Thorium X bei einer Psoriasis. Absolut refraktär verhielt sich eine Psoriasis guttata. Bei Lues und Lupus vulgaris war das Resultat der Behandlung absolut negativ. Eine Dermatitis exfoliativa universalis heilte nach drei Injektionen ab. Ein Zungenkarzinom und ein Lupuskarzinom wurden nicht beeinflusst, eine Leukämie dagegen deutlich gebessert.
Immerwahr-Berlin.

3) **Die Scharlachrotsalbe und ihre Modifikationen**, von C. Decker. (Med. Klinik. 1912. Nr. 49.)

Die Amidoacotoluolsalbe sowie die Pellidol- und Azodölsalbe stehen an Wirkung der Scharlachrotsalbe nicht nach, übertreffen sie aber durch den Mangel an Färbekraft und durch ihre Wohlfeilheit. Biberstein-Gleiwitz.

4) **Giftwirkung der hautreizenden Pflanzen Rhus toxicodendron und Primula obconica**, von Rost und E. Gilg. (Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 36.)

Durch umfängliche Experimente am eigenen Körper konnten die Verf. feststellen, daß eine Übertragung des Giftes von *Rhus toxicodendron* durch Exhalation aus der Pflanze oder durch vom Winde verwehte Blütenhärchen nicht möglich ist, während dieser letztere Modus bei der *Primula obconica*, welche sezernierende Drüsenhärchen besitzt, wohl in Betracht kommt. Bei *Rhus toxicodendron* entsteht die Hauterkrankung nur durch Übertragen des Harzsaftes der Pflanze, in dem der Giftstoff, das Toxikodendrol, enthalten ist, also auch nicht durch vorsichtiges Berühren der unverletzten Pflanze. Als Heilmittel empfehlen die Verf. gesättigte alkoholische Bleiazetatlösung.
Schourp-Danzig.

5) **Über einige Veränderungen der Haare nach Röntgenisation**, von Bogrow. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. XI.)

Verf. hat die epilierende Wirkung der Röntgenstrahlen bezüglich ihres Einflusses auf die Veränderung der Papillenfunktion und auf die Entwicklung des Achorion Schönleini in den Haaren untersucht. Die Untersuchungen bestätigen die von Williams gemachten Beobachtungen. Je nach der Intensität der Strahlen kommt es zu einem Ausfall keilförmig zugespitzter Haare, bei geringerer Expositionszeit zu einer allmählich abnehmenden Dicke der verlängerten Wurzeln, und schließlich gibt es bei unvollkommener Epilation Haare mit normalem Ende und mit Einziehungen des Haarschaftes, die sich jedoch wieder erholen können. Der Haarausfall nach X-Strahlen beruht auf quantitativer und qualitativer Abnahme der Papillarfunktion. Bezüglich der bakteriziden Wirkung der X-Strahlen wurden die bekannten Erfahrungen bestätigt. Eine Abtötung der Pilze unter den angewandten Dosen erfolgte nicht.
Lilienstein-Berlin.

6) **Therapeutische Erfahrungen mit Zinkperhydrol**, von Brodfeld. (Klin. therap. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

Empfehlung des Zinkperhydrols, eines weißen, geruch- und reizlosen

Pulvers als Ersatzpräparat des Jodoforms bei der Behandlung von Bubonen, Ulcera molliä und Ulcera cruris. Infolge seiner Zusammensetzung aus ZnO und ZnO_2 spaltet es im Gewebe Sauerstoff ab, schränkt die Sekretion der Wunden ein und regt zu Granulationsbildung an. Die Erfahrungen des Verf.'s mit diesem Mittel sind ausnahmslos gute. Lilienstein-Berlin.

- 7) **Über das Overlachsche Trivalin**, von O. Bernecker. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 45.)

Verf. empfiehlt das Trivalin wegen seiner prompt einsetzenden analgetischen und sedativen Wirkung und wegen des konstanten Fehlens von Nebenerscheinungen nach guten Erfolgen bei sehr schmerzhaften Epididymitiden, Prostatiden und Polyarthritiden gonorrhoeica. Schourp-Danzig.

- 8) **Die Behandlung der Impfstellen mit einer alkoholischen Lösung von Pikrinsäure und Jod**, von J. F. Schamberg. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 44.)

Die vom Verf. verwendete Lösung besteht aus Pikrinsäure (4%) und Jod (1%) in 95%igem Alkohol und wird nach Ablauf von 48 Stunden nach der Impfung aufgespritzt. Die Lösung festigt die Epithelbedeckung des Bläschens, vermindert die Bakterienflora der Haut in der unmittelbaren Umgebung der Impfböschchen, beeinflußt günstig den Juckreiz und die Empfindlichkeit am Impfgelände und trägt dazu bei, daß sich frühzeitig eine harte Kruste entwickelt. Schourp-Danzig.

- 9) **Über Karboneol**, von K. Herxheimer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXV. 1912. H. 2.)

Das Karboneol bewährte sich als ein wirksames, dabei aber wenig reizendes Teerpräparat bei allen entzündlichen Dermatosen, wie Ekzemen, Lichen oder lichenoiden Affektionen. Lindernd beeinflußt es alle juckenden Hauterkrankungen, Pemphigus pruriginosus, chronische Neurodermitis, Dermatitis herpetiformis. Auch die Blasenbildung des Pemphigus wurde geringer. Technisch ist zu beachten, daß konzentrierte Lösungen nur dünn aufgespritzt werden dürfen, damit die Teerkruste nicht zu dick werde, und daß behandelte Stellen vor dem entzündungserregenden Sonnenlicht zu schützen sind. J.

- 10) **Angewandte Ionenlehre für Studierende, Chemiker, Biologen, Ärzte u. a.**, von G. Buchner. (München, J. F. Lehmann, 1912.)

Immer tiefer versucht der menschliche Geist zur Befriedigung seines Kausalitätsbedürfnisses in die Geheimnisse der Lebensvorgänge zu dringen. Wenn sich die biologischen Vorgänge in den Organismen auch noch nicht bis zu ihren letzten Vorgängen auf einfache chemische und physikalische Gesetze zurückführen lassen, so beginnt die physikalische Chemie und besonders die Ionenlehre, d. h. die Lehre von den elektrisch aktiven Atomen und Molekülen eine Anzahl von Lebensvorgängen bzw. den Lebensprozeß selbst, unserem Verständnis näher zu bringen. Das interessante Buch führt in sachkundiger und leicht verständlicher Weise auch den, der sich mit dieser Materie bis dahin nicht beschäftigt hat, in die Wissenschaft der Ionenlehre und den mit derselben im Zusammenhang stehenden physiologischen Vorgängen ein. Er führt den Leser dann bis zu modernen Anschauungen von G. Hirth und dessen Lehre von dem elektrolytischen Kreislauf, der den genannten Betrieb des tierischen Organismus unter den einheitlichen Begriff des elektrochemischen Vorganges zusammenfaßt. Kurz das Buch bildet eine treffliche Einführung in die modernste Physiologie. C. Siebert-Charlottenburg.

Entzündliche Dermatosen.

- 11) **Dysidrosis palmaris, eine kosmetische Sommeraffektion**, von Paschkis. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Verf. berichtet über eine in der warmen Jahreszeit an den Handtellern auftretende Affektion, deren Merkmale in kleinen, fast kreisrunden Flecken bestehen, welche von einer weißen, sehr dünnen, abgehobenen Epidermis bedeckt sind, und die von der Cheiropompholix durch das Fehlen von Blasenbildung unterschieden ist. Es handelt sich um einen dysidrotischen Symptomenkomplex, der im wesentlichen nur kosmetisches Interesse bietet. Verf. empfiehlt Einreibung einer 5%igen weißen Präzipitatsalbe. Amende-Bamberg.

- 12) **Einige bewährte Rezeptformeln**, von M. Hodara. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 43.)

Gegen Impetigo vulgaris und Ekthyma: Vaseline, Lanolin aa 25,0, Praecip. rubr. 5,0—10,0, Acid. Boric. 5,0—10,0, Minii 5,0—10,0, Amyli 35,0—20,0. Gegen Staphylokokkenkrankungen (Folliculitis, kleine Furunkel, Pyodermien): Vaseline, Lanolin aa 20,0, Glyzerin 10,0, Sulfuris 10,0, Sacchari 20,0, Zinci oxydati 20,0, Sublimati 0,05—0,1. Gegen Acne varioliformis oder Acne necrotica (Boeck): Alkohol, Sapon. virid. aa 150,0, Sublimati 0,3, Glyzerin 30,0, zur Waschung der Pusteln mit vier Teilen kochenden Wassers zu verdünnen; nach dem Trocknen trägt man folgende Salbe auf: Axung. benzoic. 40,0, Olei amygd. dulc. 10,0, Sulfuris 5,0, Sublimati 0,01—0,05. Schourp-Danzig.

- 13) **Bakterienbefunde bei Psoriasis**, von A. Menzer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 45.)

Nach den Beobachtungen des Verf.'s leiden die Psoriatiker an einer latenten, vorwiegend in den Drüsen lokalisierten Tuberkulose, welche mit einer Mischinfektion von Streptokokken und Staphylokokken vergesellschaftet ist. Von diesen zentralen Herden aus wird die Haut auf hämatogenem Wege infiziert, und es siedeln sich in ihr an der Papillengrenze Kokken und wahrscheinlich auch vielfach Tuberkelbazillen gleichzeitig an. Diese Bakterien gelangen in die Haut in einem abgeschwächten, wenig vermehrungsfähigen Zustande und bleiben dort innerhalb eines entzündlichen Ödems als chronische Hyperämie und Schuppung unterhaltender Reiz liegen, zum Teil verharren sie dort in einem latenten Zustande und werden erst im Verlauf einer Behandlung mit Bakterienpräparaten, Schwitzprozeduren, warmen Bädern u. dgl. als neu auftretende Effloreszenzen erkennbar. Schourp-Danzig.

- 14) **Die Therapie des Ekzems**, von Th. Veiel und Fritz Veiel. (Samml. zwangl. Abhandl., herausgeg. von Jadassohn. Leipzig, Marhold, 1912. H. 7. 1,20 Mk.)

Die Erfahrungen über dieses in der Praxis wichtigste Kapitel aus der altberühmten Cannstatter Heilanstalt müssen ganz besonders wertvoll sein. In der Tat ist diese ausgezeichnete Übersicht für den Spezialisten und praktischen Arzt außerordentlich lehrreich. J.

- 15) **Über einen Fall von Papillomata accuminata der Lippenschleimhaut**, von R. Wagner. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Die in starker Ausdehnung bestehende Erkrankung bei einem 66jährigen Patienten begannen vor etwa 20 Jahren. Die Diagnose wird auch mikroskopisch erhärtet. Ätiologisch wird der langjährige Druck des Pfeifenmundstückes, der chemische Reiz des Tabaksaftes sowie die durch das Saugen an der Pfeife bedingten Druckschwankungen im Gefäßsystem als ursächliches Moment der Entstehung der Affektion angesehen. Lilienstein-Berlin.

- 16) **Die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut**, von K. Herxheimer und K. Altmann. (Sammlung zwangl. Abhandl., herausgeg. von Jadassohn. I. 1912. H. 5.)

Das vorliegende Heftchen führt den Praktiker in die Behandlung der Krankheiten der behaarten Kopfhaut ein. Kurze klinische Charakteristik führt uns die einzelnen Krankheitsbilder vor Augen, und es folgen dann die therapeutischen Ratschläge. Es sind nicht nur die für die Kopfhaut charakteristischen Dermatosen behandelt, sondern alle Hauterkrankungen, die überhaupt auf dem Kopfe vorkommen können, so daß der Inhalt noch mehr bietet als der Titel verspricht. Etwas zu kurz ist vielleicht die häufigste Erkrankung der Kopfhaut und die wohl auch den praktischen Arzt am meisten interessierende, die Pityriasis capitis, und die folgende Alopecie behandelt worden. Im übrigen reiht sich dieses Heftchen würdig in die schon vorher erschienenen ein.

C. Siebert-Charlottenburg.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 17) **Xanthélasma des paupières ayant amené par prolifération sous-cutanée un xanthome bilatéral, ou tumeur de la partie antérieure de la région temporale**, par van Lint. (Compt. rend. Soc. d'Ophthalmol. franç. 1912. Mai.)

Die Elemente, welche das Xanthom bilden, sind Produkte einer Zellproliferation (Mitosen), und diese Proliferation ist nicht einfach hyperplastisch, sondern unverkennbar neoplastisch.

H. Netter-Pforzheim.

- 18) **Über ein Xanthohämangiofibrom**, von Zickler. (Prager med. Wochenschrift. 1912. Nr. 34.)

Bei einem 59jährigen Mann entwickelt sich im Laufe von 7 Jahren an der Außenseite des rechten Oberschenkels eine übermannsfaustgroße Geschwulst mit variköser Veränderung der Venen. Die histologische Untersuchung ergibt kein einheitliches Bild insofern, als sich neben erweiterten Gefäß- und Lymphräumen zellarmes Bindegewebe in dichten Zügen und mit Lipoiden und Pigmentkörnern angefüllte Zellhaufen vorfinden. Es handelt sich also um eine Geschwulstbildung der Haut, die sekundär durch Kompression zur Venenerweiterung geführt hatte.

Lilienstein-Berlin.

- 19) **Epitheliombehandlung mit Kupfersalzen (Kupferlezithin)**, von A. Strauss. (Deutsche med. Woch. 1912. Nr. 45.)

Zwei Fälle von reinem Epitheliom und ein Fall von primärem Lupus, an den sich Karzinom angeschlossen hatte, wurden vom Verf. mit einer mit Alkohol ohne Fett hergestellten Salbe aus einer neuen chemischen Verbindung von Kupferchlorid und Lezithin behandelt und geheilt. Schourp-Danzig.

- 20) **Intestinal stasis in relation to cancer etiology and prophylaxis**, by W. S. Bainbridge. (Journ. of the Med. Soc. of New Jersey. 1912.)

Verf. sieht die Anlage zur Karzinombildung in chronischen Stasen des Verdauungstrakts, Verstopfung und daraus folgender Autointoxikation. Er hat eine gewisse Knotenbildung im Duodenum, Jejunum, Ileum, Appendix, an Leber- und Nierenbiegung oder im Rektum bei allen Karzinomatösen beobachtet. Die Behandlung, wenn nötig operative Entfernung dieser Knoten und genaue Beobachtung der Verdauung, ist nach seiner Meinung das beste Vorbeugungsmittel für den Krebs.

J.

- 21) **De la mélanose circonscrite précancéreuse**, par Dubreuilh. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 3 u. 4.)

Den malignen Tumoren epithelialer Natur gehen häufig gutartige Hautveränderungen voraus, welche Verf. „lésions précancéreuses“ nennt. Diese Affektionen können aber auch stationär und gutartig bleiben. Bisher hat man diese Tumoren, wenn sie von einer Melanose der Haut sich ableiten, für Sarkome angesehen, erst Unna bezeichnete sie als Naevikarzinome. Verf. hat nun 35 Beobachtungen, darunter drei eigene, gesammelt. Das Lebensalter, in welchem die Melanose auftrat, schwankte zwischen 20 und 70 Jahren, die Zeit des Auftretens bis zur Beobachtung betrug im Mittel 10 Jahre, meistens führt erst das Auftreten der Geschwulst die Patienten zum Arzt. Alle Körperteile können befallen werden, am häufigsten das Gesicht; auch Schleimhäute können erkranken. Am bösartigsten sind die Naevikarzinome der Extremitäten, wo die Tumoren schon wenige Wochen nach Auftreten der Pigmentierungen folgen. Die Entwicklung der Melanose ist nicht immer progressiv, sie kann auch regressiv sein; die Pigmentierung kann auch wieder verschwinden. Der Tumor braucht nicht auf der Pigmentierung aufzutreten, er kann auch daneben sich entwickeln. Die Drüenschwellung beim Karzinom kann manchmal lange ausbleiben. Die Fortschritte des Tumors sind ungleich: in einem Falle war der Patient nach 2 Jahren nach Exstirpation einer Drüse gesund, in einem anderen führte ein kaum bemerkbarer Fleck der Achselhöhle zu Drüenschwellungen und 2 Monate später zum Exitus. Raff-Augsburg.

22) **Epithélioma lymphatique en nappe au cours du cancer du sein.** (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 2.)

Die Schlußsätze dieser Arbeit sind: Außer dem Carcinom en cuirasse und dem pustulösen Krebs kommt im Verlauf des Mammakarzinoms eine Form vor, die von Brocq, Lenglet und Delannay wie im Titel erwähnt, genannt wurde: Sie ist charakterisiert durch rote Plaques mit zentrifugaler Ausbreitung und Auftreten von Bläschen, die mit reiner Lymphe gefüllt sind. Trotz der großen Ausbreitung der Affektion (in manchen Fällen bis zum Rücken) besteht sie oft lange Zeit bei relativem Wohlbefinden. Raff-Augsburg.

23) **Über Serodiagnostik der Geschwülste mittels Komplementablenkungsreaktion nach v. Dungern, von G. Wolfsohn.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Verf. stimmt bezüglich der Spezifität der Tumorreaktion mit v. Dungern nicht überein; doch gibt er zu, daß die Reaktion im Verein mit anderen Untersuchungsmethoden, nach Ausschluß von Lues, immerhin richtige Fingerzeige geben kann. Es empfiehlt sich, in jedem Falle auch die Wassermann-Reaktion als Kontrolle auszuführen. Schourp-Danzig.

Neuritische Dermatosen.

24) **Dermatoneuroses au cours de la tuberculose pulmonaire, par Aleixo.** (Arch. Brasileiros de Med. 1912. Juni.)

Unter die Dermatoneurosen, welche im Verlaufe der Lungentuberkulose auftreten, reiht Verf. sowohl diejenigen ein, welche zur wesentlichen Bedingung den Einfluß des Nervensystems haben, als auch solche, in welchen das Nervensystem die Rolle reiner Lokalisation übernimmt. Zu der ersten Kategorie zählt er Angioneurose, Raynaudsche Krankheit, das Mal perforant, Zona, Hyperidrosis und bedingungsweise die Anisomastie, zu der zweiten Purpura und Lupus erythematosus. J.

- 25) **Über die Behandlung des Pruritus vulvae mit Pittylen**, von Herzberg. (Med. Klinik. 1912. Nr. 46.)

Gegen den Pruritus vulvae und das mit ihm verbundene intertriginöse Ekzem leistete die Anwendung des Pittylens in Form von Seifen nach vorausgegangenem Sitzbad in Pittylenseifenlösung schnelle wirksame Dienste.

Biberstein-Gleiwitz.

- 26) **Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsdermatosen**, von Fr. Veiel. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Neben den leichteren Dermatosen, welche ekzematösen und urtikariellen Charakter tragen und nur durch starkes Jucken lästig werden, treten in der Schwangerschaft auch ernstere Hauterkrankungen auf, bei welchen sich unter hohem Fieber und den Zeichen der Sepsis Blasen und Pusteln entwickeln. Unter diesen scheidet Verf. wiederum zwischen dem harmloseren Herpes gestationis und der verhängnisvollen Impetigo herpetiformis. Bei einem schweren Falle von Herpes gestationis, der in der letzten Zeit der Schwangerschaft erschien und sich bis zur Niederkunft verschlimmerte, erzielte Verf. einen ausgezeichneten Heilerfolg mit wiederholter Injektion von Blutserum einer gesunden Schwangeren, den sogen. Linserschen Einspritzungen. J.

- 27) **A case of dermatitis herpetiformis**, by J. L. Bunch. (British Journ. of Dermatology. 1912. August.)

Der 27jährige, sonst gesunde Patient hatte vor 3 Jahren eine ähnliche Hauterkrankung überstanden. Die Bläschen erschienen im jetzigen Anfall zahlreich an Armen, Beinen, Rücken, vereinzelt auch auf der Mundschleimhaut; einige vergrößerten sich, einige hinterließen nässende Hautflächen. Die Genesung trat nur langsam nach mehreren Schüben ein. J.

- 28) **Über Protozoenbefunde bei Pemphigus chronicus**, von B. Lipschütz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 45.)

Bei 8 Pemphigusfällen fand Verf. im steril entnommenen Blaseninhalt Körperchen von Ei- oder Birnform, die sich nach Giemsa tief dunkelrot färben und sich im Gegensatz zu den Spaltpilzen durch eine Art hantelförmiger Zerschnürung vermehren. Außerdem fanden sich bei 6 Fällen Mikroorganismen, die Verf. auf Grund ihres Baues, als auch ihres tinktoriellen Verhaltens bei der Giemsaefärbung mit großer Wahrscheinlichkeit als Protozoen deuten möchte.

Amende-Bamberg.

Parasitäre Dermatosen.

- 29) **Die spezifische Behandlung der tiefen Trichophytie**, von R. O. Stein. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Extrakte des Achorion Quinckeanum, deren Herstellung im Original nachgelesen werden muß, wurden entweder intrakutan injiziert oder als 30%ige Lanolinsalbe appliziert. Verf. glaubt, daß tiefe Trichophytien durch diese Methode schneller als durch andere Maßnahmen geheilt werden können.

Amende-Bamberg.

- 30) **Die Immunotherapie der multiplen Staphylokokkenabszesse der Säuglinge**, von P. v. Szily. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 44.)

30 Säuglinge von 3—6 Wochen mit hochgradiger multipler Abszeßbildung der Haut behandelte Verf. mittels Autovakzine. Eine Schädigung wurde in keinem Fall beobachtet; es erfolgte eine fortlaufende prompte Heilung. Zur Herstellung der Autovakzine wird eine minimale Eitermenge eines eröffneten

Abszeßchens mittels einer Platinnadel auf einem schrägen Agarröhrchen fein ausgestrichen, dasselbe dann für 24 Stunden auf 37° C in den Thermostaten gestellt. Hernach werden in das Reagenzröhrchen 10 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung gegossen. Nach Aufstecken des Wattebausches wird durchgeschüttelt, durch Filterpapier in ein 20 ccm-Tropfgläschen filtriert, in welches letzterem sich eine bis zwei Glasperlen befinden. Dann wird $\frac{1}{2}$ Stunde im Schüttelapparat behandelt und danach 1 Stunde auf 60° C abgetötet, $\frac{1}{4}\%$ iges Lysol zugefügt, schließlich auf 20 ccm ergänzt. Von dieser Emulsion werden 10 Tropfen, mit etwas physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt, mittels Pravazspritze in die Oberschenkelhaut injiziert, 2 mal wöchentlich wird um je 5 Tropfen gestiegen. Nach 8—10 Injektionen, oft auch etwas früher, war in allen behandelten Fällen die ganze Krankheit behoben. Amende-Bamberg.

- 31) **Sur les pyodermites à bacilles de Loeffler**, par Verbizier. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 2.)

Die Hautdiphtherie wurde zuerst von Trousseau beschrieben, dann 1910 von Pawson, dessen 10 Fälle Verf. anführt. Die Diagnose, früher sehr schwer, ist jetzt durch die Kultur des Diphtheriebacillus wesentlich erleichtert; manchmal ist eine Rachendiphtherie dabei. Die Behandlung mit Diphtherieserum ist stets erfolgreich. Verf. beobachtete nun folgenden Fall: Ein 11jähr. Kind erkrankte mit Fieber, Erbrechen, Coryza, Ausfluß aus der Vulva, Akneknoten und Furunkel der Nates. Das Sekret der Nase und der Genitalien zeigte Gonokokken (was sich bei der Färbung nach Gram als irrig erwies), die Kultur Diphtheriebazillen. Vier Serumeinspritzungen stellten das Kind wieder her.

Raff-Augsburg.

- 32) **Beitrag zur Erforschung des Ainhum**, von J. Goulart. (Arch. Brasileiros de Medicina. 1912. Juni.)

Bei 2 Fällen von Ainhum, welche in Rio de Janeiro und Bello Horizonte beobachtet wurden, war der eine an den Gelenkflächen der Phalangen der rechten kleinen Zehe lokalisiert, trotzdem der Patient immer in Schuhen ging und in einem ebenen, gut gepflasterten Stadtteil lebte. Der zweite Patient war nicht, wie die meisten Ainhumkranken, Neger, sondern Mestize, sein Fuß hatte weder die platte Form, noch den schrägen Sehnenverlauf wie bei Negern. Verf. schließt aus seinen beiden Beobachtungen, daß die Ursache des Ainhum nicht traumatischer, sondern vielmehr trophoneurotischer Natur sei. Mikroskopisch fanden sich die von Moreira beschriebenen Veränderungen sowie völliger Mangel an Papillen in der Tiefe der Furche.

J.

- 33) **Creeping disease**, by Machado. (Arch. Brasileiros de Medicina. 1912. Juni.)

Unter 20 Fällen von Creeping disease war die Erkrankung nur einmal auf den Händen lokalisiert. Der Parasit der Erkrankung ist der *Hypoderma lineata* oder *Sarcopede* oder *Filaria*, was mikroskopisch sehr schwer festzustellen ist. Die Erkrankung entwickelt sich schnell und in unregelmäßiger Anordnung. Therapeutisch bewährte sich Chloroformlösung, Jodtinktur, weiße Präzipitatsalbe, Ruhe und Verband der kranken Stelle. Eine gewisse Sandart enthält die pathogenen Parasiten.

J.

- 34) **Über eine eigenartige Geschwürsform des weiblichen Genitales (Ulcus vulvae acutum)**, von Lipschütz. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Verf. hat in 5 Fällen eigenartige Geschwüre des weiblichen Genitales beobachtet, die er unter dem Namen „Ulcus vulvae acutum“ zusammenfaßt. Die Erkrankung trat unabhängig von jeder nachweisbaren Gelegenheitsursache

eils akut, teils schleichend auf. In den ersteren Fällen entstehen Ulcera meist an der Innenfläche der kleinen Labien, die sich innerhalb weniger Tage in die Fläche und Tiefe ausdehnen, sich mit einer pseudodiphtheritischen Membran bedecken, die jedoch in kurzer Zeit sich abstößt, womit die Heilung des Prozesses eingeleitet wird. Die Entstehung der Ulcera ist von Fieber, Schüttelfrost und heftigen Schmerzen begleitet. In den subakut verlaufenden Fällen fehlt das Fieber wie die subjektiven Beschwerden, doch können die Ulcera nach der Abheilung mehrfach rezidivieren. Die Geschwürsform, soweit sie mit Fieber und subjektiven Beschwerden einherging, erinnerte am meisten an manche Art der gangränösen Ulcera, während die subakut verlaufenden Fälle mit dem Ulcus molle die größte Ähnlichkeit hatten. Die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch für die Annahme dieser Erkrankungen keinen Anhalt, da weder fusiforme Bazillen noch grobwellige Spirochäten noch Ducreysche Bazillen gefunden wurden, dagegen wurde in allen Ulcera das Vorkommen zahlreicher, vollkommen gerade gestreckter, grampositiver Stäbchen teils einzeln, teils in Ketten liegend beobachtet. Während eine Züchtung und Überimpfung der Bakterien nicht gelang, konnten dieselben im Schnittpräparat nachgewiesen werden. Von Interesse ist der Umstand, daß dasselbe Stäbchen als harmloser Saprophyt auf den Schleimhäuten des äußeren Genitales und in der Urethra nachgewiesen werden konnte, und es liegt deshalb die Vermutung nahe, daß es erst unter dem Einflusse unbekannter Faktoren pathogene Eigenschaften entwickelt. Therapeutisch genügte die Anwendung von Antiseptics (Hydrogen. peroxyd. und Jodoform), um in wenigen Tagen eine sehr günstige Beeinflussung der Ulcera herbeizuführen. Die Bedeutung dieser Geschwürsform sowohl in klinischer wie in forensischer Hinsicht wird gebührend berücksichtigt.

Lilienstein-Berlin.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 35) **Blastomykosen und Sporotrichosen**, von Ed. Babello. (Arch. Brasileiros de Medicina. 1912. Juni.)

Klinisch ist das Bild der Blastomykose dem der Oidiomykose oder des Granuloms ähnlich. Mit Ausnahme weniger gummöser Fälle war die Prognose stets ernst. Die Parasiten der brasilianischen Form glichen denen der amerikanischen, zeigten aber in einem Falle besonders hohe Virulenz. Zum ersten Male wurde bei diesem Patienten die Bildung von Endosporen gefunden. Häufig wurde in Brasilien die gefährliche Lokalisation im Munde beobachtet. Ein Fall stammte aus Rio de Janeiro, andere aus Sao Paulo, Minas und Goyaz; in Rio und Sao Paulo traten auch die Sporotrichosen auf, die gummös und längs der Lymphbahnen angeordnet erschienen. Hier war die Prognose günstiger, neben spontanen Heilungen wurden solche durch Jodkalium erzielt. In zwei ulzerösen Granulomen wurde ebenfalls ein Sporotrichum isoliert. J.

- 36) **Sopra un caso di blastomicosi**, per M. Copelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 4.)

Bei einer 55jährigen Frau tritt nach einer vorausgegangenen Mundentzündung ein glatter, roter, harter und etwas druckempfindlicher Knoten im mittleren Drittel der Zunge auf, der an Länge zunimmt bis zu $2\frac{1}{2}$ cm Länge und 1 cm Breite. Histologisch wurde ein sehr blutreiches Gewebe gefunden, dessen Kapillaren durch Endothelwucherung verdickt oder verschlossen waren. An einigen Stellen finden sich Anhäufungen von hyperplastischen

Bindegewebszellen und einigen Plasmazellen. Nach dem fehlenden Epithel zu ist eine leukozytäre Infiltration vorhanden. Besonders bei Gramfärbung werden runde, stark gefärbte Körperchen mit einer Kapsel, Blastomyzeten, gefunden. Kulturen ergeben in 5—8 Tagen weißliche, runde, im Zentrum erhabene Kolonien, die aus Hefepilzen bestehen. Bei Kaninchen und Meerschweinchen wurde u. a. durch intraperitoneale Injektion der Kulturen Granulationsgeschwülste in großer Zahl hervorgerufen, ebenso durch subkutane Injektion bei drei Meerschweinchen. Später treten bei der Frau auch am Fuß in der Hackengend sowie an der 3. Zehe des rechten Fußes schwielige Verdickungen mit Schuppung und an der 5. linken Zehe ein oberflächliches Geschwür mit gelblichen Borken und leicht blutendem, punktförmig gezeichnetem Grund auf. Auch diese Herde lieferten auf Traubenzuckeragar und Maltosenährböden nach 3—6 Tagen dieselben Blastomyzetenkolonien. Dreyer-Cöln.

- 37) **Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach Herzheimer-Altman (Salvarsan-Tuberkulinmethode)**, von R. Bernhardt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Ausgehend von der zufälligen Beobachtung der Reaktion tuberkulöser Hautveränderungen an mit Salvarsan behandelten Syphilitikern im Sinne der Tuberkulinreaktion wurden von Herzheimer und Altman systematisch Versuche bei der Behandlung lupöser Erkrankungen mit Salvarsan angestellt. Es ergab sich, daß jeder intravenösen Salvarsaninjektion eine typische Reaktion in dem Lupusgewebe folgte mit allen Zeichen einer akuten Entzündung. In einer zweiten Versuchsreihe wurde von den Autoren Salvarsan mit Tuberkulin kombiniert. Die erhaltenen Resultate waren recht zufriedenstellend. Verf. hat diese Methode an 6 Fällen von Lupus vulgaris nachgeprüft. Der Eindruck dieser Behandlungsmethode war ein recht günstiger; die lupösen Ulzerationen vernarbtten auffallend schnell, teilweise innerhalb 8—12 Tagen. Gleichzeitig gehen auch die Infiltrate einer deutlichen Resorption entgegen, und zwar im Beginn der Behandlung schneller als in ihrem weiteren Verlaufe. Es müssen dann zur Beendigung der eingeleiteten Resorption kräftige Tuberkulindosen verabreicht werden, denn die ausschließliche Behandlung mit Salvarsan führt nur zu einer teilweisen Besserung. Ausgezeichnete Erfolge werden bei der Schleimhauttuberkulose erzielt. Bezüglich der Methode wurde das Salvarsan intravenös in Dosen von 0,3 eingeführt — in 4wöchigen Intervallen —, häufige Injektionen verursachen keine Beschleunigung der Heilung. Zwischen zwei Salvarsaninjektionen wird dann Tuberkulin in steigender Dosis gegeben. In dieser Form angewandt, dürfte die Tuberkulin-Salvarsanmethode bei der Behandlung des Lupus vulgaris eine hervorragende Rolle spielen.

Lilienstein-Berlin.

Gonorrhoe.

- 38) **Über abortive Behandlung der Gonorrhoe, insbesondere der hinteren Harnröhre**, von Cronquist. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Die Mißerfolge vieler Autoren bei ihren Abortivversuchen finden darin ihren Grund, daß zu weit vorgeschrittene Fälle in Behandlung genommen werden. Nach Engelbreth müssen zum Gelingen einer Abortivkur folgende Forderungen erfüllt sein: „1. Es darf keine Entzündung des Orificium urethrae bestehen, 2. die erste Harnportion darf nicht trüb, sondern muß klar mit

Flocken sein.“ Diese beiden Indikationen hat auch Verf. für seine Methode in Anspruch genommen. Er bedient sich dabei einer 2%igen Albarginlösung, von der er am ersten Tage zweimal je aufeinanderfolgende Injektionen von 5 Minuten Dauer innerhalb eines Zeitintervalles von höchstens 8 Stunden verabfolgt. Am folgenden Tage werden ebenfalls zwei Sitzungen in derselben Weise vorgenommen, doch ist dabei zu beachten, daß die dritte Injektion möglichst früh erfolgen muß. Sind 24 Stunden nach dieser Behandlung die Gonokokken noch nachweisbar, so ist die Kur mißlungen. Nach Verf. gibt sie 82% Erfolge, allerdings ist ihr Anwendungsgebiet ein sehr beschränktes. Auch eine Abortivbehandlung der Urethritis posterior wird vom Verf. angegeben. Diese soll bei geeigneter Auswahl der Fälle 100% günstige Resultate ergeben. Beim ersten Zeichen des Einsetzens einer Urethritis posterior, sobald die zweite Harnportion nur die Andeutung einer Trübung aufweist, hat die Behandlung zu beginnen, die in zweimal täglich vorzunehmenden Janetschen Spülungen der ganzen Harnröhre mit schwachen Lösungen von Kal. permangan. besteht. Zu jeder Spülung werden 2 Liter Flüssigkeit verbraucht, dabei jedesmal nur kleine Flüssigkeitsmengen injiziert. Die Lösungen, deren Konzentration anfangs $\frac{1}{10.000}$ beträgt, werden allmählich auf $\frac{1}{1000}$ verstärkt. Ist man bei höheren Konzentrationen angelangt, so wird nur einmal täglich eine Spülung vorgenommen. Die Resultate dieser Methode sind so gut, daß Verf. bei diesem Modus der Behandlung noch kein Mißlingen beobachtet hat.

Lilienstein-Berlin.

39) **Mit der Gonokokkenvakzine (Arthigon) erzielte Erfolge bei gonorrhoeischen Gelenkentzündungen**, von I. Farkas. (Pester med.-chirurg. Presse. 1912. Nr. 46.)

30 Fälle gonorrhoeischer Gelenkentzündungen wurden mit dem Bruckschen Gonokokkenvakzin Arthigon behandelt. Während die Gonokokkenvakzine früherer Zeiten nichts Wesentliches geleistet haben und nur mit Meningokokkenserum einzelne gonorrhoeische Arthritiden geheilt werden konnten, muß dem Arthigon nach des Verf.'s Beobachtungen eine spezifische Wirkung zugeschrieben werden. Die Urethritis, Cystitis und Pyelitis gonorrhoeica werden durch das Arthigon nicht günstig beeinflußt; zur erfolgreichen Behandlung eignen sich nur die geschlossenen metastatischen Entzündungen, als da sind Prostatitis, Epididymitis, Funikulitis und Arthritis. Verf. injiziert intragluteal 0,5—3,0 ccm in Zwischenräumen von 2—4 Tagen, wobei eine Fieberreaktion, wenn nicht zu hoch, keine Kontraindikation zum Weiterinjizieren zu sein braucht. An dem erkrankten Organ tritt eine mehr weniger schmerzhaft entzündliche Reaktion auf, die bald abklingt. Die Arthritiden heilen je nach der Frische des Falles in 7—24 Tagen ohne Steifigkeit, ohne eine Nachbehandlung, die Epididymitis und Follikulitis ohne Verhärtung des Nebenhodens und ohne Verdickung des Samenstranges.

R. Klokow-Berlin.

40) **Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe**, von Föckler. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Die Vakzinetherapie bedeutet im ganzen eine Bereicherung unserer therapeutischen Hilfsmittel gegen gonorrhoeische Komplikationen. Speziell die Arthigonbehandlung erwies sich dem Verf. als sehr wertvolle Unterstützung bei der Arthritis gonorrhoeica; bei Epididymitis, Prostatitis und Vulvovaginitis gonorrhoeica der Kinder wird man nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen einen deutlichen Erfolg sehen. Bei einfacher Urethritis, bei Zervix- und Rektalgonorrhoe ist ein Erfolg nicht zu erwarten. Schourp-Danzig.

- 41) **Experiences with the gonorrhoeal complement fixation test**, by Gradwohl. (Amer. Journ. of Dermat. and genito-urinar. dis. 1912. Juni.)

Die serologischen Blutuntersuchungen der Gonorrhöiker erstrecken sich auf 18 akute und 28 chronische Fälle und lassen Verf. zu folgenden Schlüssen kommen: Die Blutprobe ist wertvoll in zweifelhaften Fällen. Sie tritt erst 3 Wochen nach der Infektion auf und ist bei reiner anterior negativ. Sie ist bei keiner anderen Erkrankung positiv. Sie ersetzt in zweifelhaften Fällen die bakteriologischen Untersuchungen. Ihr Negativwerden bei einem vorher positiv reagierenden Patienten zeigt die eingetretene Heilung an. Sie ist besonders wichtig zur Entscheidung gerichtlicher Fälle. Sie ist entscheidend über den Charakter des Eiters bei Beckenabszessen. Hellendall-Cöln.

- 42) **Arthrite blennorrhagique aigue avec hydarthrose**, par M. Lop. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 107.)

Bei einem Falle von akuter Gonitis gonorrhöica mit sehr erheblicher Schwellung, unerträglichen Schmerzen, Fieber usw. machte Verf., nachdem mehrere Punktionen des Kniegelenks erfolglos geblieben waren, eine erneute Punktion mit Entleerung von 175 ccm Serum, hiervon injizierte er 30 ccm mittels einer Rouxschen Spritze subkutan in der rechten Flanke und immobilisierte das Bein in einen Schienenapparat; die Schmerzen ließen sofort nach, die Temperatur fiel ab, die Schwellung nahm nicht wieder zu, während bei den früheren Punktionen das Knie schon wieder am Abend angeschwollen war. Am 15. Tage konnte der Schienenapparat fortgelassen werden, mittels Galvanisation und Massage trat weitere Besserung ein, so daß Patient 27 Tage nach der Punktion gut gehen konnte; der Erfolg ist nach Ansicht des Verf.'s auf diese Autoserotherapie zurückzuführen. Paul Cohn-Berlin.

- 43) **Über Hexal, ein neues sedatives Blasenantiseptikum**, von S. Boss. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 36.)

Die Firma J. D. Riedel bringt unter dem Namen Hexal ein Präparat in den Handel, welches 60,9% Sulfosalizylsäure und 39,1% Hexamethylen-tetramin enthält. Als Indikationen für die Anwendung des absolut gut verträglichen Mittels führt Verf. an: Blasenentzündungen, akute und chronische, gleichgültig welchen Ursprungs; gonorrhöische Entzündung des hinteren Teiles der Harnröhre, um die Infektion der Blase zu verhüten; bakterielle Erkrankungen der Harnwege, also Pyelitis und Pyelonephritis, harnsaure Diathese, harnsaure Ablagerungen in den Nieren und in der Blase.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

- 44) **Über Jodquecksilberverbindungen, speziell dijodoxybenzolparasulfosaures Quecksilber, in ihrem Verhalten zum Organismus**, von E. Koch. (Med. Klinik. 1912. Nr. 39—41.)

Betrachtungen über die Wirkung der Quecksilberpräparate auf Grund der Ionenkonzentration führten zu der komplizierten organischen Jodquecksilberverbindung, die unter dem Namen Anogon in den Handel kommt. Die über das Verhalten des Anogons angestellten Versuchsreihen ergaben, daß das im Anogon gebundene Jod sich in statu nascendi mit dem vorhandenen Alkali zu binden scheint. Das entstehende Jodkali wirkt nunmehr auf das vorhandene Quecksilberoxydul derart ein, daß es unter Doppelsalzbildung allmählich in Lösung geht. Durch das naszierende Jod werden die Mikro-

organismen vernichtet, im weiteren Verlaufe gelangt das Quecksilber in Gegenwart von Jodkali zur Wirkung. Eine Anzahl von Tierversuchen diente zum Gewinn mikroskopischer Bilder über die einzelnen Stadien, die beim Abbau des Anogens im Organismus durchlaufen werden. Es entwickelt lokal einen geringen Reiz und gelangt schnell in die Zirkulation; es kommt rasch zur Bildung von metallischem Quecksilber, aber stets nur in kleinsten Mengen, so daß eine langsame kontinuierliche Wirkung eintritt. Hinsichtlich der Toxizität ist zu berücksichtigen, daß das vorhandene Jod die Tendenz hat, mit dem freiwerdenden Quecksilber Jodquecksilber zu bilden. Im Vergleich zur Chlorverbindung ist, wie aus den Ausführungen über die Wirkung der Quecksilberpräparate hervorgeht, in der Jodverbindung das Quecksilber weniger dissoziiert und wird demgemäß besser vom Organismus vertragen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 45) **Ein Fall von syphilitischem Ikterus**, von E. Brodfeld. (Med. Klinik. 1912. Nr. 43).

Ein in mehrfachen Anfällen mit Schüttelfrost und Druckschmerzhaftigkeit der Leber auftretender Ikterus wurde rezidivfrei beseitigt durch eine gründliche Inunktionskur und demnach die Diagnose auf syphilitischen Ikterus bestätigt.

Biberstein-Gleiwitz.

- 46) **Importance clinique de la réaction de Hecht**, par N. Pinés. (Journ. médical de Bruxelles. 1912. Nr. 26.)

Nur die totale Hemmung der Hämolyse darf als positives Resultat verwertet werden. Bei latenter Syphilis ist die Reaktion feiner als die Wassermannsche, da sie häufiger positive Ausschläge gibt als jene. Immerhin dürfte bei einer fraglichen Syphilis die positive Reaktion nach Wassermann höher zu verwerthen sein als die nach Hecht.

Pürckhauer-Dresden.

- 47) **Nabelschnurentzündung und Syphilis**, von M. Simmonds. (Virchows Archiv. CCIX. H. 1.)

Nabelschnurinfiltrate finden sich sowohl bei Früchten und Neugeborenen syphilitischer Abkunft (50%), wie bei solchen nichtsyphilitischer (9%). Es berechtigt daher eine Nabelschnurinfiltration nicht zur Diagnose Lues und gibt keinen Anlaß zur üblen Prognose. Die Prädilektionsstelle der Infiltrate sind die äußeren Schichten der Gefäße und ihre nächste Umgebung, eine Degeneration oder Nekrose der Gefäße tritt nur äußerst selten ein.

Pürckhauer-Dresden.

- 48) **Verimpfungen von Blut und anderen Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen in die Hoden von Kaninchen**, von Uhlenhuth und Mulzer. (Zentralbl. f. Bakteriologie. LXIV. Loeffler-Festschrift.)

Als infektiös erwies sich das Blut primärer Syphilitiker (selbst bei noch negativem Wassermann), sekundärer und zum Teil auch latenter Luetiker, ferner Blutserum und Sperma allgemeinsyphilitischer Individuen. Negative Ergebnisse ergaben die Impfungen mit Blut und Krankheitsprodukten tertiärer Syphilitiker, mit Milch und Spinalflüssigkeit syphilitischer bzw. metasymphilitischer Menschen. Die Impfprodukte sind vielfach sehr wenig charakteristisch, trotzdem findet eine Generalisierung des Virus im Kaninchenorganismus statt.

Pürckhauer-Dresden.

- 49) **Ursachen des Sehnervenschwundes bei Tabes und progressiver Paralyse**, von Stargardt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 30.)

In 25 Fällen wurde die Sehbahn vom Corpus geniculatum externum bis zur Retina untersucht. Als Ursache des Sehnervenschwundes ergaben sich

exsudative Prozesse, die im wesentlichen auf das Chiasma und die intrakraniellen Optici beschränkt waren. Tractus und Retina boten nur sekundäre Veränderungen. Verf. rechnet diese exsudativen Prozesse zusammen mit denjenigen der Paralyse und Tabes in die große Gruppe der tertiären, nicht gummösen,luetischen Erkrankungen, zu denen er auch die Aortitis luetica, die Hepatitis interstitialis, die Orchitis fibrosa, die glatte Zungenrtrophie, die tertiären, nicht gummösen Entzündungen der Uvea des Auges und die Arthropathien zählt, welche letztere ebenfalls exsudativen Prozessen ihre Entstehung verdanken.

Schourp-Danzig.

- 50) **Erfahrungen mit Neosalvarsan**, von W. Heuck. (Therapeut. Monatshefte. 1912. Nr. 11.)

Bei Anwendung des Neosalvarsans ist neben strenger Beobachtung der von Ehrlich gegebenen Vorschriften eine Einzeldosis von 0,8 bei Frauen und 1,0 bei Männern nicht zu überschreiten. Bei Affektionen des Zentralnervensystems ist zunächst eine Dosis von 0,2—0,3 Neosalvarsan anzuraten. Stärkere Allgemein- und Lokalreaktionen sind bei einer geringeren Anfangsdosis von 0,45—0,6 und eventuell nach Vorbehandlung mit Quecksilber seltener. Die klinische Wirkung des Neosalvarsans steht auch bei entsprechend höherer Dosierung hinter der des Altsalvarsans zurück; dies bestätigen auch die serologischen Ergebnisse. Die toxischen Nebenerscheinungen sind nach Neosalvarsan geringer als die des Altsalvarsans. Wo es auf eine kräftige Wirkung ankommt, zieht Verf. das Altsalvarsan vor.

Schourp-Danzig.

- 51) **Erfahrungen über Neosalvarsan**, von W. Kerl. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 45.)

Aus 344 Injektionen zieht Verf. den Schluß, daß die Nebenerscheinungen des Neosalvarsans geringer sind als die des Altsalvarsans, während es in der Wirkung letzterem fast gleichkommt; die Pausen zwischen den einzelnen Injektionen sollen aber nicht zu klein genommen werden. Amende-Bamberg.

- 52) **Über Versuche mit Neosalvarsan**, von A. Jordan. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. November.)

Trotz des großen Vorzuges der leichteren Lösbarkeit des Neosalvarsans und trotz der im allgemeinen zweifellos geringeren unangenehmen Nebenerscheinungen desselben erfüllt das Neosalvarsan seinen Hauptzweck, ganz gefahrlos zu sein, nicht, so daß das Salvarsan seiner größeren Wirkungskraft und demnach selteneren Anwendungsnotwendigkeit wegen vorzuziehen ist.

Immerwahr-Berlin.

- 53) **Arsennachweis im Harn nach der Anwendung von Salvarsan**, von Merkuriew. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 16.)

Nach der durch Burnaschew modifizierten Methode von Gutscheid, die im Original nachgelesen werden muß, konnte Verf. noch 9—10 Tage nach der intravenösen Infusion und 25 Tage bis 6 Monate nach der intramuskulären Injektion Arsen im Harn nachweisen. Auch in der Milch einer Frau, welche Salvarsan bekommen hatte, wies Verf. Arsen nach.

Amende-Bamberg.

- 54) **Salvarsan et eau distillée plombique**, par Sicard et Leblanc. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 80.)

Bei einem Falle von schwerer Intoxikation nach Injektion von mäßigen Dosen Neosalvarsan stellte sich heraus, daß es sich um eine Bleivergiftung handelte, und zwar war das Kristall, aus welchem der Kondensator des

Destillationsapparates hergestellt war, sehr reich an Bleisilikat und gab dieses Salz bei der Destillation an das Wasser ab, da das überhitzte Glas durch das Wasser des Refrigerators nicht genügend abgekühlt war. Das Kristall des Apparates ist daher durch gewöhnliches Glas zu ersetzen und der Gehalt des benutzten Glases an Bleisilikat mittels des Löthrohrs zu bestimmen.

Paul Cohn-Berlin.

- 55) **Alcune ricerche sperimentali sulle alterazioni locali e generali successive all' uso del salvarsan (606), per L. Tommasi.** (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 4.)

Tierversuche des Verf.'s zeigen, daß bei neutralen, alkalischen und sauren Salvarsaninjektionen Muskeln, Bindegewebe und Gefäße sowie Nerven dort, wo sie mit dem Mittel in Berührung kommen, nekrotisieren und zwar infolge der kaustischen Arsenwirkung, aber auch infolge der stark reduzierenden Wirkung des Salvarsans und bei sauren und alkalischen Lösungen auch infolge der Reaktionsbeschaffenheit. Dagegen war die Wirkung auf die Blutkörperchen gering, auch die lokale Leukozytose nicht erheblich. Die mit Salvarsan in Berührung gebrachten Leukozyten blieben stark verändert. Auf entfernter liegende Gewebsbestandteile wirkte Salvarsan nur im Sinne einer Degeneration ein. An der Grenze der Infiltrate begann eine frühzeitige Kalkinfiltration der Muskelfasern. Demnach drängt auch die lokale Wirkung der intramuskulären Salvarsaninjektionen zum Verlassen dieser Applikationsform. Zwei Kaninchen, bei denen verhältnismäßig etwas höhere Dosen als beim Menschen gebraucht wurden, erlagen den Salvarsaninjektionen. Bei ihnen wurden eine Kongestion aller Organe und schwere Nephritis gefunden. In den Organen wurde $1\frac{1}{2}$ Monate nach der Injektion noch Arsen nachgewiesen. Verf. weist besonders darauf hin, daß bei wiederholten Injektionen höherer Salvarsandosens diese Aufspeicherung von Arsen zu Degeneration der Organe führen kann.

Dreyer-Cöln.

- 56) **Erfahrungen über Salvarsan in der Praxis,** von v. Stokar. (Med. Klinik. 1912. Nr. 47).

Die über das Salvarsan berichteten Schädlichkeiten sind nicht dem Präparat an sich, sondern mangelhafter Technik, dem Wasserfehler, zu großen Einzeldosen und Häufung der Injektionen in zu kurzen Intervallen sowie der Nichtberücksichtigung von Kontraindikationen zuzuschreiben. Die Erfolge mit Salvarsan und Quecksilber sind ausgezeichnete. Auch in Fällen von Psoriasis und Malaria hat Salvarsan eine gute Wirkung gezeigt.

Biberstein-Gleiwitz.

- 57) **Ein Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mit Salvarsan,** von Holzhäuser. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 43.)

Trotz sehr frühzeitiger Exzision der Sklerose, trotz intensiver Salvarsanbehandlung, kombiniert mit Quecksilberbehandlung, gelang es nicht, in dem vorliegenden Falle die Syphilis zu kupieren.

Schourp-Danzig.

- 58) **Einige Worte zur Salvarsanfrage,** von Trzeński. (Przegląd Lek. 1912. Nr. 41.)

Salvarsan beseitigt zweifellos die luetischen Erscheinungen, manchmal sehr rasch und effektiv, manchmal wirkt es aber sehr schwach oder gar nicht. Es ist zweifelhaft, ob es die Involution der Primäraffekte und Roseolen beschleunigt. Deutlicher wirkt es bei pustulösen Syphiliden, am effektivsten aber bei Veränderungen in der Mundhöhle im Verlaufe rezenter Syphiliden, bei exulzerierten Hauteffloreszenzen und geschwürigen Formen der

Kehlkopf. Knochen-, Nerven- und Augapfelveränderungen sind sehr gegen Salvarsan refraktär. Die Wirkung dauert nicht länger als 2—3 Wochen, weswegen die Enthusiasten jetzt ganze Serien von Eingießungen als Behandlungsmethode anwenden. Zu seinen Schattenseiten gehören vor allem die ziemlich häufigen Fälle des sogen. Salvarsantodes. Die von Ehrlich angegebene Dosis von 0,6 (dosis tolerata) ist dezidiert zu hoch; die einzig rationelle und ungefährliche Dosis ist 0,3—0,4. Nach einmaliger Salvarsananwendung ohne Hg treten häufig frühzeitige und schwere Neurorezidive auf, welche nicht den Neurotropismus des Salvarsans beweisen, was nicht festgestellt werden konnte, sondern sie sind eigentlich Folgen der Nichtbehandlung der Lues. Die Eingießungen sollten somit wiederholt werden. Das ist wiederum nicht empfehlenswert, weil nach 2—3 Infusionen anaphylaktoide, unangenehme, häufig zur Unterbrechung der Behandlung zwingende Erscheinungen auftreten, die manchmal sogar tödlich verlaufen. Außerdem beugen die Serieneingießungen, als die ausschließliche Luesbehandlung, nicht in der Zukunft den metasypilitischen Krankheiten vor, was die wichtigste Aufgabe in der Behandlung der rezenten Lues ist. Demgegenüber schützten 6—8 Serien Einreibungen der grauen Salbe, *lege artis* in den ersten 2—3 Jahren der Krankheitsdauer ausgeführt, vor Tabes und progressiver Paralyse. Schattenseite des Salvarsans ist ferner die 2 Stunden nach der Infusion auftretende allgemeine Körperreaktion. Diese Reaktion ist jedoch nach rationellen Dosen, d. i. 0,3 schwach und bleibt manchmal ganz aus. Nach der Infusion sollte Pat. den Tag absolut zu Haus verbringen. Salvarsan ist somit eine wertvolle Vervollständigung der antiluetischen Behandlung, verdrängt jedoch Hg und J nicht als grundsätzliche Faktoren der Behandlung; es wirkt in manchen Fällen sehr effektiv, reicht jedoch allein, ohne Hg, nicht aus und zu Serieneingießung kann es nicht angewendet werden. Baschkopf-Krakau.

59) **Über Salvarsan und Quecksilberkombination**, von Saynisch. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 44.)

Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung ist die zweckmäßigste. Eine negativ gewordene Wassermann-Reaktion soll nie zum Aussetzen der Dauerbehandlung veranlassen. Eine Dauerbehandlung, verstärkt durch einzelne Salvarsaninjektionen unter ständiger klinischer und serologischer Kontrolle, ist mindestens 2—3 Jahre lang nötig. Schourp-Danzig.

60) **Diagnose und Therapie der Syphilide (Syphilis der Haut und Schleimhaut)**, von S. Jessner. (II. Teil: Therapie. 3. Aufl. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1912. 1,25 Mark.)

Gerade in dieser Zeit, in der viele Fragen der Syphilistherapie noch nicht einer einheitlichen Beurteilung unterliegen, wird das Erscheinen dieses Heftchens mit großer Freude von dem Praktiker begrüßt werden. Zurzeit kann sich nur der, dem ein großes Krankenmaterial zur Verfügung steht, selbst in den zahlreichen, sich oft diametral entgegenstehenden und fast täglichen Wechseln unterworfenen Anschauungen über Luestherapie Aufklärung verschaffen. Es wird daher dem praktischen Arzte sehr angenehm sein, wenn er auf Grund von zahlreichen Erfahrungen des Autors eine strikte Marschroute in der Luestherapie erhält, die einmal den in der Praxis gegebenen Möglichkeiten entspricht, dann auch sämtliche Methoden, auch die älteren in ihren speziellen Indikationen zu ihrem Rechte kommen läßt. Die glänzende und flüssige Darstellungsweise des Autors ist wohl genugsam bekannt.

C. Siebert-Charlottenburg.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 61) **L'incontinence d'urine symptomatique de la tuberculose rénale**, par Constantinesco. (Journ. d'urologie. V. 1912. S. 611.).

Nächtliches Bettnässen fand Verf. als Symptom der Nierentuberkulose unter 52 Fällen 6mal; ähnliche Beobachtungen haben Bazy (4mal), Marion und Papin gemacht. 2mal war die Enuresis das allererste Symptom der Erkrankung, 2mal waren gleichzeitig auch andere Symptome vorhanden, 2mal trat sie erst nach geschehener Nephrektomie auf. Wohlgemerkt fehlten bei allen diesen Patienten diejenigen Veränderungen, welche man gewöhnlich als Ursache der Inkontinenz beobachtet, nämlich Überdehnung der Blase, Schrumpfbilase, Geschwüre am Blasenhal, Blasenschwäche als Residuum infantiler Enuresis. Manchmal konnten die Patienten, die nachts das Bett näßten, bei Tage den Urin beliebig lange halten, manchmal konnte sogar zystoskopisch die vollkommene Gesundheit der Blase erwiesen werden. Da nun endlich die Enuresis bei einseitiger solitärer Nierentuberkulose durch die Nephrektomie endgültig geheilt wurde, so kann man wohl kaum noch daran zweifeln, daß diese Erscheinung ein renaler Reflex ist, ebenso wie die Zystalgie und die Pollakiurie bei gesunder Blase.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

- 62) **Sur la conduite à tenir dans les cas de tuberculose rénale où toute exploration des reins est rendue impossible par l'état de la vessie**, par Marion. (Journ. d'urologie. V. 1912. S. 599.)

Wenn man sich über die Suffizienz der Nieren Aufklärung verschaffen muß, trotzdem jede vesikale Exploration ein Ding der Unmöglichkeit ist, so stehen theoretisch dreierlei Wege offen. Man kann den Urin der kranken Niere durch Nephrostomie oder durch Kompression des freigelegten Harnleiters, oder durch Fistulisation desselben absperren; da die Absperrung nie eine vollkommene sein kann, und da die vesikale Erkrankung den Urin der Schwesterniere verunreinigt, bekommt man diesen nicht ganz rein und ist verhängnisvollen Täuschungen ausgesetzt. Man kann andererseits diesen Urin direkt zu erhalten suchen, indem man nach Sectio alta den Harnleiter katheterisiert; das ist außerordentlich schwierig und oft schon mißlungen; oder indem man aus dem eröffneten vermeintlich gesunden Harnleiter Urin entnimmt — das ist die sicherste und unschädlichste Methode. Man kann endlich drittens beide Nieren freilegen und auf Verwachsungen, Höcker, Verdickungen und Verhärtungen des Nierenbeckens fahnden; die probatorische Nephrotomie einer Niere, die erhalten bleiben soll, ist gänzlich unzulässig. In praxi steht man nun vor verschiedenen Situationen. Man kennt die kranke Niere, und sie muß entfernt werden (z. B. Pyonephrose, Fisteleiterniere), wenn die andere auch nur eben genügt; das ist nach Verf. der Fall, wenn im ganzen Indigkarmin oder Phloridzin gut ausgeschieden werden. Oder man kennt zwar die kranke Niere; aber sie zu entfernen besteht keine absolute Indikation: dann muß man den gesunden Harnleiter zwecks Urinentnahme freilegen. Oder endlich man weiß überhaupt nicht mit Sicherheit, welche Niere krank oder welche mehr krank ist; dann nehme man aufs Geratewohl einseitig Urin aus dem eröffneten Harnleiter; trifft man Urin einer gesunden Niere, so entferne man die andere; trifft man auf eine kranke Niere, so darf man sie nicht eher opfern, als bis man auch die andere durch Autopsie oder Ureterotomie geprüft hat.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

- 63) **L'infection descendante des voies urinaires dans la fièvre typhoïde**, par Lemierre et Abrami. (Journ. de d'Urologie. VII. 1912. S. 21.)

Die beiden Forscher, welche in zahlreichen Experimenten die Wege der endogenen Urininfektionen studiert haben, geben eine ausgezeichnete Übersicht über die Frage der Typhus-Urininfektion. Die Zahlen über die Häufigkeit des Vorkommens von Typhusbazillen im Urin der Typhösen sind sehr verschieden bei den verschiedenen Autoren, bleiben aber wohl meist hinter der Wirklichkeit zurück, weil man ja nicht Tag für Tag aus dem Urin Kulturen anlegt, und weil sich die Anwesenheit der Bazillen zuweilen durch kein Symptom verrät. In den Experimenten war der Durchgang der Typhusbazillen durch die Nieren stets mit Veränderungen derselben verbunden, während sie die Harnblase gänzlich intakt ließen. In den Nieren an Typhus Verstorbener sieht man alle Stufen der Entzündung, vom Leukozytendepot bis zum Miliarabzeß, vom Abszeß bis zur Pyonephrose. Lemierre vermied hingegen bei einer Typhusbakteriurie andauernd Eiweiß im Urin. Bei einem anderen Typhus rekurrierten wiederholt Fieber, Bacillurie und schwerste hämorrhagische Nephritis zu gleicher Zeit. Die Bazillen sind zuweilen noch im Urin nachweisbar, wenn der Typhus seit Monaten, ja seit Jahren abgeheilt ist. Auch kann der Typhus abortiv, unbemerkt sich abgespielt haben, und es bleibt eine Typhusbacillurie; diese Typhusbazillenträger sind für ihre Umgebung eine große Gefahr.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

- 64) **Potentia generandi trotz doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis**, von P. Bull. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 40.)

Ein Mann mit doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis und mit vorübergehender Tuberkulose der Prostata wurde der Vater dreier Kinder. Seine Frau hat trotz mehrjähriger, regelmäßiger Einführung tuberkulösen Samens in die Vagina keine Symptome eines tuberkulösen Genitalleidens. Bei den zwei jüngsten Kindern ist die Pirquetsche Reaktion negativ.

Schourp-Danzig.

- 65) **Ein Fall von rechtsseitiger Kastration bei einem 18jährigen Manne; Hypertrophie der linken Brustdrüse (Gynaecomastia unilaterialis sinistra)**, von J. J. Selenew. (Dermatolog. Wochenschr. 1912. Nr. 43.)

Wegen mutmaßlicher Tuberkulose des rechten Hodens wurde dieser entfernt; die Folge war gesteigertes Wachstum der linken Brustdrüse.

Schourp-Danzig.

- 66) **Cavernitis penis migrans**, von L. Waelsch. (Dermatolog. Wochenschr. 1912. Nr. 47.)

Fall mit völlig unklarer Ätiologie und mit späterer Thrombophlebitis der unteren Extremitäten.

Schourp-Danzig.

- 67) **Die Tuberkulose der Harnorgane**, von H. Wildbolz. (Jadassohns Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete der Dermatologie. I. 1912. H. 8.)

In der das Thema erschöpfenden Abhandlung bespricht Verf. nach einem kurzen Hinweis auf die Häufigkeit der Erkrankung zunächst die Frage der Pathogenese. Auf Grund der zystoskopischen und der Leichenbefunde kann als festgestellt gelten, daß die Tuberkulose der Harnorgane ihren Ausgang in den Nieren nimmt und deszendierend sich nach der Blase ausbreitet. Es folgt dann eine ausführliche Darstellung der Symptomatologie des Leidens sowie der Diagnose. Das wichtigste Moment der Diagnose bildet der Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin. Der weitere Ausbau der Diagnose in ihren Einzelheiten bzw. des Sitzes und der Ausdehnung der einzelnen Krankheitsherde verlangt die Anwendung der Zystoskopie und der mit ihr verbundenen Methoden der Nierenfunktionsprüfung und schließlich zur Vervoll-

ständigung die unmittelbare Untersuchung der getrennt aufgefangenen Sekrete beider Nieren mit Hilfe des Ureterenkatheterismus. Die bis vor kurzem übliche konservative Therapie der Harnorgantuberkulose hat sich als ziemlich machtlos erwiesen. Auch die Tuberkulintherapie hat keine besseren Resultate gezeitigt, so daß man sich der operativen Behandlung des Leidens zugewandt hat. Die Operation der Wahl bei einseitigen tuberkulösen Nierenerkrankungen ist die Nephrektomie, die etwa 75% aller Operierten wenn auch nicht direkt heilt, so doch auf lange Zeit am Leben erhält. Je früher die Operation zur Ausführung gelangt, desto günstiger stellt sich die Prognose, da dadurch die Gefahr der Infektion der zweiten Niere hintangehalten wird.

Lilienstein-Berlin.

IV. Bibliographie.

E. Sommer, *Röntgentaschenbuch*. (Röntgenkalender. IV. Leipzig, Otto Nemnich, 1912. 5 Mk.) — Das in diesem Jahre vorliegende Bändchen hat gegen das vorjährige etwa 100 Seiten an Umfang zugenommen, ein Beweis, wie rege die wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiete der Röntgentherapie ist. Wiederum gewinnen wir beim Durchsehen des Büchleins einen vollständigen Überblick über alle neueren Errungenschaften der röntgenologischen Technik, was Konstruktion von neueren Apparaten und Hilfsapparaten betrifft. Eine Anzahl Arbeiten aus berufenen Federn behandeln die Anwendung der Röntgenstrahlen in den verschiedenen Spezialdisziplinen der Medizin. Von Arbeiten, die besonders den Dermato-Urologen interessieren, wären hervorzuheben: Immelmann, Die röntgenologischen Untersuchungsmethoden der Harnwege; H. E. Schmidt, Die Bedeutung der Sensibilisierung und Desensibilisierung für die röntgentherapeutische Praxis; Wetterer, Röntgentherapeutische Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberkulose. Jeder Arzt, dessen Zeit es nicht erlaubt, die Journalliteratur zu verfolgen, wird das Erscheinen dieses Taschenbuches mit Freuden begrüßen.

C. Siebert-Charlottenburg.

A. Kollmann und S. Jacoby, *Urologischer Jahresbericht einschließlich der Erkrankungen des männlichen Genitalapparates*. (Leipzig, Klinkhardt, 1912. 21 Mk.) — Dieser die Literatur 1911 umfassende Band sucht an Vollständigkeit, wie mir Stichproben ergeben haben, seinesgleichen. Neben der Physiologie, Anatomie, Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates werden die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen, die chirurgischen Erkrankungen des Penis, der Urethra, der Samenstränge, der Hoden, Nebenhoden und Samenblasen besprochen. Dazu treten die nervösen Störungen des Harn- und Genitalapparates, die Krankheiten der Harnorgane des Weibes, die Harnchemie, Bakteriologie und die Erkrankungen des Urogenitalapparates der Haustiere. Ein umfassendes Namen- und Sachregister erhöht den Wert dieses ausgezeichneten Jahresberichtes, der sich bald als unentbehrliches Nachschlagebuch erweisen wird.

J.

C. Leiner, *Über eigenartige Erythemtypen und Dermatitis des frühen Säuglingsalters*. (Wien, Deuticke, 1912. 3,60 Mk. Mit 3 Abbild. im Text u. 2 lithogr. Tafeln.) — Verf. bespricht einige Säuglingsdermatosen, welche manche Differenzen gegenüber den gleichen Dermatosen des späteren Kindesalters aufweisen. Das Erythema neonatorum toxicum betrifft Brustkinder in den ersten Lebenstagen, das Erythema glutaeale stellt eine besondere Form der Intertrigo des Säuglings dar, das Erythema vacciniforme beginnt mit einer Follikulitis, aus der sich durch sekundäre Reize an der hinteren unteren Körperhälfte vakziniforme Effloreszenzen entwickeln, beim Erythema mycoticum konfluieren kleine, stecknadelkopf- bis hirsekorngroße rote Fleckchen zu größeren Plaques, das Erythème seborrhéique stellt im wesentlichen eine Kombination von Erythema glutaeale mit Seborrhoe des Kopfes vor. Die Erythrodermia desquamativa in Form diffuser Rötung und Auflockerung der Epidermis, mit Schuppen- und Krustenbildung, befällt meist Brustkinder. Ein Unikum stellt eine universelle Pyocyaneus-Dermatitis bei einem Säugling dar.

J.

V. Therapeutische Notizen.

Acne:

1)	Rez.	Zinci oxyd.	15,0
		Sulf. praec.	10,0
		Tricarbin.	5,0
		Vaselin.	50,0
		Lanolin.	10,0
		M.f.pasta.	

J.

Ekzema squamosum,

welches keine Fette verträgt:

2)	Rez.	Acid. boric. subt. pulv.	1,0
		Zinci oxyd.	3,0
		Amyl.	ad 100,0

Es wird ein Kaffeelöffel (5,0) mit einem Eßlöffel (15,0) lauen Wassers angerührt, und mit dieser milchartigen Aufschwemmung werden die kranken Stellen täglich zweimal bepinselt. Ist die Haut zu trocken, so werden einige Tropfen Glycerin zugesetzt. (Veiel.)

J.

Scabies:

3)	Rez.	Naphtol	2,0
		Sulf. praec.	20,0
		Schleimsche Marmorseife	200,0

(M. Oppenheim, Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1912. Nr. 9.)

J.

VI. Vereinsberichte.

Verhandlungen der Moskauer venerolog. und dermatolog. Gesellschaft.

Sitzung vom 28. Oktober 1912.

Troitzky demonstrierte eine 22jährige Kranke mit **Asphyxia localis extremi-tatum**. Die Krankheit dauerte 7 Jahre und fing mit lokaler Ischämie der Finger an. Jetzt sind die Hände diffus zyanotisch mit spärlichen begrenzten karminroten Bezirken. Kompensierte Mitralstenose. Wassermann-Reaktion negativ. Hämoglobin-gehalt 75%, Erythrozyten 4000000, Leukozyten 8000, davon 60% neutrophile, 38% mononukleäre und 2% eosinophile. — Diskussion: Krassnoglasow konstatierte im vorliegenden Falle das zweite Stadium der Raynaudschen Krankheit, während die Ischämie das erste und die symmetrische Gangrän das dritte bildet.

Mestschersky und Troitzky führten eine 17jährige Magd mit **Erythema faciei perstans et Lupus erythematoses corporis** vor. Seit 8 Monaten entstand an den Wangen diffuse Rötung und Schwellung, die allmählich in oberflächliche Atrophie übergeht. Am Rumpfe (Sternal- und Interskapulargegend) befinden sich leicht erhabene ringförmige Herde, deren Rand dem Erythema urticatum ähnlich ist und deren Zentrum etwas bräunlich, verdünnt, gerunzelt und mit feinen Schüppchen bedeckt ist. Rhinitis atrophicans. Wassermann-Reaktion stark positiv, Pirquet-Reaktion schwach positiv. Anämische Geräusche im Herzen. Raues Exspirium in der rechten Lungenspitze. Retroversio uteri. Blut und Urin normal. Mikrodontismus. Die Mutter der Kranken hatte 4 Fehlgeburten, starb an Schwindsucht. Histologische Untersuchung zeigte Infiltration und hochgradige Atrophie der Haut und der drüsigen Anteile wie an alten, so auch an frisch erkrankten Stellen. — Diskussion: Orlov hielt auf Grund der positiven Wassermann-Reaktion und der dystrophischen Erscheinungen die antisypilitische Behandlung für angezeigt. Mestschersky erwidert, daß die Dystrophie auch als Folge der hereditären Tuberkulose (Mutter) angesehen werden darf. Die positive Wassermann-Reaktion ist bei Lupus erythematoses acutus nicht so selten (z. B. Fälle von Feuerstein, Hauck, Zumbusch); spezifische

Therapie kann zum Zwecke des Experimentes angewendet werden. Krassnoglasow betont die Schwierigkeit der Diagnose in einem so verwickelten Falle.

Tschernogubow teilte seine Beobachtungen über *Erythema tertiarum* (Fournier) mit. Bei einem 38jährigen Manne, der vor 6 Jahren syphilitisch infiziert war, befanden sich am Rumpfe und an den Extremitäten schmale erythematöse Ringe (5–8 cm im Durchmesser). Adenitis multiplex, Wassermann-Reaktion positiv. Vorige Behandlung: ein Friktionskursus und drei Injektionskurse. Letzte Rezidive (Papulae syph. scroti) vor 4½ Jahren. Im zweiten Falle trägt ein 30jähriger Mann ähnliche erythematöse Ringe am Körper und an den Oberschenkeln, am Skrotum zirzinnäre Papeln. Polyadenitis. Positive Wassermann-Reaktion. Krankheitsdauer 4 Jahre. Im dritten Falle (nicht vorgeführt) hatte ein 8jähriges Mädchen ohne Anamnese leichte Zahndystrophien, große Erythemringe am Körper und Gesäß. Periostitis ossificans tibiae. Wassermann-Reaktion positiv. Erfolg von spezifischer Therapie. — Diskussion: Tschlenow beobachtete einen Kranken mit Roseola recidivans, bei dem das 9. Rezidiv aus großen annulären Erythemflecken bestand. Die mitgeteilten Fälle können wohl als spätes sekundäres Erythem gedeutet werden. Tschernogubow glaubt, daß seine Diagnose mit Definition des tertiären Erythema, wie sie von Fournier gegeben ist, gänzlich zusammenfällt. Krassnoglasow ist überzeugt, daß die vorgeführten Fälle nur als Rezidiverscheinungen sekundärer Periode aufgeklärt werden dürfen. Dafür spricht die kurze Dauer der Krankheit und die Anwesenheit anderer Symptome des sekundären Stadiums (Skrotalpapeln im zweiten Falle).

Pospelow jun. zeigte einen 42jähr. Pfarrer mit *Psoriasis vulgaris rupioides* an den Extremitäten und *Arthritis chronica* beider Kniegelenke. Am Körper gewöhnliche Psoriasiselemente. Krankheitsdauer 10 Jahre. Gonitis seit 4 Monaten. Im Harn reichlich Urate. Wassermann-Reaktion negativ. Blutbestandteile normal. — Diskussion: Tschlenow behandelt eben einen Kranken mit *Psoriasis vulgaris ostracea et rupioides*, aber ohne Gelenkaffektionen. Mestschersky demonstrierte eine Moulage von *Psoriasis vulgaris rupioides*. Der Kranke, im übrigen ein robuster Mann, besaß auch keine Arthropathien. Krassnoglasow bemerkt, daß die Ätiologie der *Psoriasis vulgaris* selbst, und besonders der sogen. psoriatischen Gelenkaffektionen, bis jetzt nicht klar ist.

S. Bogrow-Moskau.

VII. Vermischtes.

Der Verein „Lupusheilstätte“ in Wien versendet bereits seinen VIII. Jahresbericht, welcher der unermüdlichen Tätigkeit seines Schöpfers, Eduard Lang, ein glänzendes Zeugnis ausstellt. Mit Recht weist er anlässlich des nunmehr mit allen therapeutischen und wissenschaftlichen Zwecken glänzend ausgestatteten Neubaus darauf hin, daß es sich hier um eine gute, große Sache handelt. Mit Stolz kann Lang von sich sagen, daß die von ihm geübten Methoden der Lupusbekämpfung einen bevorzugten Platz einnehmen. Wir wünschen ihm, daß seine und seines Vereins Begeisterung für die große Sache nicht abkühle und er mit gleichem Feuer wie bisher sich dieser segensreichen Tätigkeit hingeben möge.

J.

Eine große praktische Bedeutung hat ein von Paul Gaston herausgegebenes Werk, betitelt „Le Laboratoire praticien“ (Paris, Poinat, 1912). Der erste Band enthält auf 32 Seiten (Preis 3 Frcs.) eine ausgezeichnete klinische Analyse der diagnostischen Methoden zur Untersuchung der Haare, der Schuppen, der Nägel und der Hautsekretionen. In präziser, knapper Form wird die Installierung des Laboratoriums besprochen, die einzelnen Farbstoffe und Färbungsmethoden auseinandergesetzt, das Ultramikroskop und seine Technik erläutert. Dazu kommen als vorzüglich didaktischer Behelf 18 von Nicolet gezeichnete Tafeln mit 102 teils farbigen, teils schwarzen Abbildungen, welche den Text in bester Weise ergänzen.

J.

VIII. Personalien.

Sowade habilitierte sich in Halle für Dermatologie.

Gestorben der bekannte Dermatologe Prof. Kopp in München.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU.

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1913.

Februar.

Nr. 5.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Das Verhalten der nichtsyphilitischen Spirochätenerkrankungen der Mund und Rachenhöhle gegenüber dem Salvarsan, von C. Gutmann. 2) Beitrag zur Ätiologie und Therapie des Ekzems, von Dr. Buba. 3) Über „Pixspor“ (Teerpuder), von Dr. Ernst Adler. 4) Über Hexal bei Gonorrhoe und deren Komplikationen, von Dr. med. R. Boer.

II. Therapeutische Revue. Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in der Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von Dr. Carl Schindler. (Fortsetzung.)

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Pellidol und Azodolen (Kalle & Co. A.-G. Biebrich) zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese, von Bantlin. 2) Peli del mento con una glandola sebacea al loro interno, per S. Giovanni. 3) Beitrag zu den pathologisch-anatomischen Veränderungen in der gesunden Haut, welche durch Einwirkung des Schwefels hervorgerufen wurden, von Kopytowski. 4) Ist es möglich, arsenvergiftete Tiere durch subkutan verabreichtes Magnesium sulfuricum zu retten? von D. Sieber. — Entzündliche Dermatosen. 5) Über Keratosis spinulosa (Lichen spinulosus Crocker), von S. C. Beck. 6) Dermatosis croniche distrofiche a tipo di epidermolisi bollosa, per Cappelli. 7) Trichloracetic as a keratolytic in seborrhoeic keratosis, by D. W. Montgomery and G. D. Culver. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 8) Über einen Fall von Trapeziuslähmung mit einseitiger Sklerodermie, von H. Devaranne. 9) Sulla follicolite atrofizzante, per L. Martinotti. — Parasitäre Dermatosen. 10) Schweinerotlauf beim Menschen. Gleichzeitig ein Beitrag zur Erysipeloidfrage, von G. Günther. 11) Ein Fall von Schweinerotlauf beim Menschen, behandelt mit Rotlaufserum, von J. Voss. 12) Die Behandlung des äußeren Milzbrandes, von B. Perlele. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 13) Über die Behandlung der Hauttuberkulose, von Doutrelepoint. 14) Per l'istologia e la batteriologia del tubercolo anatomico, per C. Ghezzi. 15) Noch einmal über das weitere Schicksal der mit den Fäzes entleerten Leprobazillen. Ein Nachtrag von C. Boeck. 16) Nodulo leproso della cornea, per Pasini. 17) Heredity of leprosy, by A. Hansen. 18) Immunity, by D. H. Currie and M. T. Clegg. 19) La séro-réaction de Wassermann chez les lapins inoculés de lèpre à la chambre antérieure de l'oeil, par A. Serra. — Gonorrhoe. 20) Ein schwerer Fall von gonorrhoeischer Gelenkentzündung, von v. Tamassy. 21) Canali parauretrali. Parauretrite e nodi parauretrali, per de Napoli. 22) Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra. 23) L'azione dei sieri e dei vaccini antigenococcici nella cura della blenorragia, per Burzi. 24) Erfolg und Ausblicke der Bakteriotherapie, von A. Menzer. — Venerische Helkosen. 25) Ein durch Autoinfektion entstandenes Ulcus molle am Finger, von E. Brodfeld. 26) Sull' ulcera venerea extragenitale, per Gravagna. — Syphilis. 27) Über molekular zerstäubtes Quecksilber bzw. Kontraluesin und Behandlung der Syphilis mittels des neuen Präparates, von Ed. Richter. 28) Zur Chemotherapie der Lues oculi, von P. v. Szily. 29) Einige Bemerkungen über die Dosierung bei Quecksilberinjektionen, von C. Cronquist. 30) Sur une singulière récidence de syphilis: récidence ab initio, par Audry.

31) De la réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis, par Jeannelme et Vernes. 32) Die Klinik der syphilitischen Aortenerkrankung, von Ed. Stadler.

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes. — VIII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus dem städtischen Krankenhause zu Wiesbaden.]

1. Das Verhalten der nichtsyphilitischen Spirochätenerkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gegenüber dem Salvarsan.

Von C. Gutmann in Wiesbaden.

Abgesehen von der Angina Plaut-Vincenti gibt es nach Gerbers¹ Auffassung noch eine ganze Reihe von entzündlichen und ulzerösen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle, die zu den „Spirochätosen“ zu rechnen sind, nämlich die Gingivitis, die Stomatitis simplex und mercurialis, manche periostale und peribukkale Abszesse, der Skorbut und vielleicht auch die Noma.² Alle diese Affektionen bilden für Gerber eine ätiologisch einheitliche Gruppe, aus der die Plaut-Vincentische Angina nur als ein besonders markantes Krankheitsbild hervorragt, und sind bekanntlich, soweit es sich um reine Fälle handelt, charakterisiert durch das Vorhandensein großer, oft kolossaler Mengen von Spirochäten und fusiformen Bazillen im Ausstrichpräparat einerseits und durch das Fehlen oder doch zum mindesten starke Zurücktreten anderer Bakterien, Kokken und Pilze andererseits, so daß man gleichsam Reinkulturen der ersteren vor sich zu haben glaubt. Und wenn man sich nun auch trotz solcher Befunde der Überzeugung Gerbers, daß in diesen Spirochäten und fusiformen Bazillen die Erreger der eingangs erwähnten Krankheitsbilder zu erblicken seien, nicht anschließen will, so wird man Gerber doch darin beipflichten müssen, daß es den Tatsachen Zwang antun hieße,

¹ Münchener med. Wochenschrift. 1911. Nr. 9 u. Virchows Archiv. CCVII. Heft 1.

² Ich möchte hier hinweisen auf Fälle von sogen. „Vincentischer Laryngitis“, wie sie Gerber kurz erwähnt. Ferner möchte ich auf eine Arbeit von Buday in den Zieglerischen Beiträgen Bd. XLVIII über Lungengangrän aufmerksam machen. Danach scheinen auch bei dieser Erkrankung die fusiformen Bazillen und vor allem die Spirochäten eine große, wenn nicht ausschlaggebende Rolle zu spielen, insofern letztere an der äußersten Grenze der Nekrose vorwiegend zu finden sind und am weitesten gegen das normale Gewebe vordringen.

jeglichen Kausalnexus zwischen den stets wiederkehrenden mikroskopischen Befunden und den pathologischen Zuständen leugnen zu wollen. Für Gerber selbst ist in dieser Hinsicht jeder Zweifel beseitigt auf Grund der günstigen Resultate, die er bei der Behandlung dieser Affektionen mittels Salvarsan erzielt hat. „Die Heilung durch Salvarsan beweist, daß die geheilte Krankheit eine Spirochätenerkrankung war“, so lauten seine Worte.

Weitere Berichte über gute bzw. prompte Beeinflussung der Plaut-Vincentischen Angina und verwandter Zustände durch Salvarsan liegen von Rumpel,¹ Plaut² u. a. m. vor.

Sehr günstige Erfolge mit Salvarsan erzielten Tuschinsky und Iwan-schewzow³ bei zahlreichen Fällen von Skorbut.

Die eben zitierten Autoren verleibten das Salvarsan intramuskulär bzw. intravenös ein und unterließen prinzipiell jede lokale Behandlung. Zilz⁴ dagegen applizierte das Salvarsan nur lokal in Form einer 10%igen wäßrigen oder Glycerinlösung, bzw. einer öligen Suspension und erreichte auf diese Weise bei den hier in Rede stehenden Erkrankungen sehr gute Resultate.

Meine eigenen Erfahrungen erstrecken sich nur auf drei einschlägige Fälle, die sämtlich im Laufe des Jahres 1912 zur Beobachtung kamen. Ich würde mir nicht erlauben, über dieses spärliche Material zu berichten, wenn ich bei der Behandlung dieser Fälle durchweg nur günstiges von der Anwendung des Salvarsans gesehen hätte.

Fall I. 19jähriger junger Mann.

3./IX. 1912 abends: Seit etwa 8 Tagen Schmerzen beim Schlucken auf der linken Seite des Halses. Status: Unterhalb des linken Ohres eine Drüse ziemlich beträchtlich geschwollen, schmerzempfindlich. Auf der linken Tonsille etwa pfennigstückgroßer, gelblich-speckiger Belag, fest haftend. Im Abstrichpräparat massenhaft Spirochäten + Bacilli fusiformes. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Temperatur 37,2. Wassermann negativ.

5./IX. vormittags: 0,4 Altsalvarsan intravenös (reaktionslos vertragen); keine lokale Behandlung.

6./IX. abends: Im Abstrichpräparat noch reichlich Spirochäten + fusiforme Bazillen.

7./IX. vormittags: Bacilli fusif. fehlen, Spirochäten spärlich. Belag weniger umfangreich, viel dünner und mehr grau aussehend.

10./IX. Belag immer noch nicht völlig geschwunden; daher nochmals 0,4 Altsalvarsan intravenös (reaktionslos vertragen). Befund im Abstrichpräparat wie am 7./IX.

¹ Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 49.

² Münchener med. Wochenschrift. 1911. S. 2768.

³ Münchener med. Wochenschrift. 1911. Nr. 50.

⁴ Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 1.

12./IX. Im Bereiche der linken Tonsille völlig normale Verhältnisse. Halslymphdrüse vollkommen abgeschwollen.

15./IX. Geheilt entlassen.

Es handelt sich demnach um eine typische Angina Plaut-Vincenti. Die Spirochäten und fusiformen Bazillen verschwinden nach Einverleibung von 0,4 Salvarsan prompt. 7 Tage nach Beginn der Behandlung ist die Affektion völlig abgeheilt. Die am 10./IX. verabfolgte zweite Salvarsaninfusion hätte wohl unterbleiben können. Der Verlauf dieses Falles deckt sich also durchaus mit den günstigen Erfahrungen Gerbers u. a.

Fall II. 19 jähriger junger Mann.

29./VIII. 1912. Pat. gibt an, daß sein jetziges Leiden mit einer Anschwellung und Entzündung des Zahnfleischrandes vor etwa 2 Wochen begonnen habe; erst später hätten sich Halsschmerzen eingestellt. Status: Zahnfleischrand in ganzer Ausdehnung sowohl am Ober- wie am Unterkiefer geschwollen, livide verfärbt und schmierig belegt, an anderen Stellen ulzeriert und bei der leisesten Berührung blutend. Die ganze rechte Tonsille mit einem dicken, graugelblichen, fest haftenden Belag bedeckt. Lymphdrüsen am rechten Kieferwinkel sehr erheblich geschwollen und schmerzempfindlich. Kauen und Schlucken kaum möglich; starker Foetor ex ore. Im Abkratzipräparat von der rechten Tonsille und vom Zahnfleischsaum enorme Mengen von Spirochäten + Bacill. fusiform. Keine Temperatursteigerung. Wassermann negativ.

30./VIII. vormittags: 0,3 Altsalvarsan intravenös (reaktionslos vertragen).

31./VIII. Im Abstrichpräparat unvermindert große Mengen von Spirochäten und fusiformen Bazillen.

3./IX. Affektion des Zahnfleisches bisher nicht sichtlich beeinflusst. Belag auf der rechten Tonsille vielleicht etwas weniger stark. Mikroskopischer Befund unverändert. 0,4 Altsalvarsan intravenös (reaktionslos vertragen).

4./IX. Befund wie am 3./IX.

6./IX. Schwellung der Lymphdrüsen wesentlich zurückgegangen. Affektion des Zahnfleisches sehr erheblich gebessert. Belag der Tonsille fast völlig abgestoßen, nur der untere Pol der Tonsille noch von einem leichten, schleierartigen Belag überzogen. Es resultiert im Bereiche der rechten Tonsille ein so großer Substanzverlust, daß man fast eine Fingerkuppe hineinlegen könnte. Spirochäten + fusiforme Bazillen nur noch in spärlicher Anzahl nachweisbar.

10./IX. Klinisch völlige Heilung. Mikroskopische Untersuchung wird unterlassen.

In diesem zweiten Falle liegt also eine Tonsillitis ulcerosa-membracea dextra und gleichzeitig eine ausgedehnte Gingivitis vor, und zwar erkrankte, nach den Angaben des Patienten zu urteilen, primär das Zahnfleisch. Das Krankheitsbild ist demnach ein viel schwereres wie im ersten Falle, und namentlich an der Tonsille hat der Prozeß eine viel größere Tiefen- und Flächenausdehnung erreicht. Dieses Moment ist zunächst einmal zu berücksichtigen angesichts der auf den ersten Blick befremdlich erscheinenden Tatsache, daß es vom Einsetzen der Behandlung

an gerechnet ungefähr 8 Tage dauerte, ehe die Spirochäten und fusiformen Bazillen auf ein Minimum reduziert waren. Der zweite und, wie ich glaube, ausschlaggebende Grund für die Tatsache, daß wir hier so lange die Spirochäten und Bazillen in unverminderter Menge nachweisen konnten, ist jedoch meines Erachtens in einer ganz anderen Richtung zu suchen. Wir müssen uns da die Frage vorlegen, woher stammen denn eigentlich die Spirochäten und fusiformen Bazillen, die wir bei diesen Prozessen unter dem Mikroskop nachweisen? Sicherlich nur, oder doch mindestens überwiegend aus den die Ulzerationen bedeckenden nekrotischen Massen bzw. Membranen. Die Entfernung der ersteren würde an sich keine Schwierigkeiten bereiten, wenn nicht die Schmerzhaftigkeit der Prozedur dem Untersuchenden Zurückhaltung auferlegte; die Membranen dagegen haften nach meinen Erfahrungen so fest, daß es kaum gelingt, dieselben an einzelnen Stellen zu entfernen und somit dahin zu gelangen, wo der Prozeß fortschreitet, nämlich auf den Grund der Geschwüre. Ich meine also, daß es, wie auch jüngst Tomaszewski¹ betont hat, außerordentlich schwierig ist, bei den in Frage stehenden Affektionen Gewebssaft aus der Tiefe zu erhalten; und es bedarf keiner Diskussion, daß die Schwierigkeiten sich um so mehr steigern, je weiter vom Munde entfernt diese Untersuchungen ausgeführt werden müssen. Wir gewinnen demnach keinen oder zum mindesten keinen einwandfreien Aufschluß darüber, was in der Tiefe und an den Rändern des Prozesses unter der Einwirkung unserer Medikamente und speziell des Salvarsans vor sich geht. Gerade an diesen Stellen aber, wo der Krankheitsprozeß fortschreitet, finden sich sowohl die Spirochäten wie auch die Bacilli fusiformes, oft in großen Mengen, und zwar bald die einen, bald die anderen in der Überzahl, wie z. B. histologische Untersuchungen von Reichel,² Kümmel³ und vor allem von Buday⁴ zeigen. Speziell letzterer betont, daß er bei den gangränösen Mund- und Rachenentzündungen am Rande der Gangrän stets Spirochäten, und zwar die Bacill. fusiformes an Menge übertreffend, vorgefunden habe. Es ist nun selbstverständlich, daß ein von der Blutbahn aus wirkendes Mittel einzig und allein nur diese Krankheitserreger erreichen und eventuell vernichten kann, die in lebendem, von der Blutzirkulation nicht ausgeschaltetem Gewebe wuchern; diejenigen Spirochäten und fusiformen Bazillen jedoch, die in den nekrotischen Auflagerungen sich finden und in den Membranen eingeschlossen sind, können vom Salvarsan nicht erfaßt werden, halten sich außerdem offensichtlich aus-

¹ Berliner klin. Wochenschrift. 1912. S. 2432.

² Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 33.

³ Von Mikulicz und Kümmel, Krankheiten des Mundes. 1909.

⁴ Zieglers Beiträge. XXXVIII.

gezeichnet in diesem feuchtwarmen Medium und schwinden erst gleichzeitig mit der Reinigung der Ulzerationen bzw. mit der Abstoßung der Beläge. Natürlich wird dieser letztere Vorgang je nach der Intensität des Prozesses mehr oder minder lange Zeit beanspruchen. Unter keinen Umständen scheint es mir daher berechtigt zu sein, das eventuell lange Persistieren der Spirochäten und fusiformen Bazillen innerhalb der abgestorbenen Gewebspartien ohne weiteres auf ein Versagen der Salvarsantherapie zurückführen zu wollen.

Fall III. 22 jähriger junger Mann.

11./I. 1912. Pat. gibt an, daß die jetzt bestehende Munderkrankung Ende Dezember 1911 begonnen habe und trotz aller möglicher Behandlung immer weiter fortgeschritten sei. Status: Es besteht ein ulzerös-gangränöser Prozeß der Mundschleimhaut, der großen Partien der rechtsseitigen Wangenschleimhaut, ferner der Ober- und Unterlippenschleimhaut okkupiert hat. Weitere, zum Teil ausgedehnte Ulzerationen finden sich längs des Zahnfleischrandes, und zwar vorn und rechterseits, und endlich an der Schleimhaut des harten Gaumens in der Nachbarschaft der Zähne. Weicher Gaumen und Tonsillen sind unbeteiligt. Sehr intensiver Foetor ex ore. Kauen unmöglich; starke spontane Schmerzhaftigkeit. Halslymphdrüsen multipel geschwollen. Temperatur 36,8. Wassermann negativ. Im Abstrichpräparat, von verschiedenen Stellen entnommen, übereinstimmend dasselbe Bild, nämlich Spirochäten + Bac. fusiform., erstere in ungeheuren Mengen.

Nachmittags 0,3 Altsalvarsan intravenös (reaktionslos vertragen). Keine lokale Behandlung.

12./I. Pat. gibt an, fast keine Schmerzen mehr zu haben. Klinisch und mikroskopisch idem.

13./I. Status idem. 0,3 Altsalvarsan intravenös (reaktionslos vertragen).

15./I. Klinisch keine Veränderung wahrnehmbar. Im Abstrichpräparat unverändert massenhaft Spirochäten, spärlicher Bac. fusiform.

16./I. An der Wangenschleimhaut rechts einige neue Ulzerationen. Daher auch lokale Behandlung: Pinselung mit Sublimatglyzerin; Einlegen von Wattebauschen, die mit H_2O_2 getränkt sind.

20./I. Mikroskopisch noch immer massenhaft Spirochäten, daneben fusiforme Bazillen.

25./I. Pat. erscheint erst heute wieder. Befund an der Wangenschleimhaut wesentlich besser. Affektion am Zahnfleischrande weicht und wankt nicht. An der Lippenschleimhaut sogar einige neue Ulzerationen. Mikroskopische Untersuchung wird leider unterlassen.

30./I. Heute entschiedene Besserung. Pat. weigert sich, eine mikroskopische Untersuchung vornehmen zu lassen, da dieselbe ihm zu große Schmerzen bereite.

20./II. Schleimhaut des Mundes überall völlig intakt. Pat. erzählt, daß er seit etwa einer Woche ganz geheilt sei.

Der Fall repräsentiert eine sehr schwere und ausgedehnte Form der Stomatitis ulcerosa-membranacea. Im mikroskopischen Präparate überwiegen bei weitem die Spirochäten. Trotz zweimaliger intravenöser Salvarsanzufuhr bleibt der Zustand nicht nur unverändert, sondern es stellt

sich sogar wenige Tage nach der zweiten Infusion eine Verschlimmerung in Gestalt frischer Ulzerationen an der Wangenschleimhaut ein; und obwohl nunmehr auch lokal energisch vorgegangen wird, entwickeln sich doch noch einmal von neuem Geschwüre an der Lippenschleimhaut. Erst nach vielwöchentlichem Bestande kommt die Erkrankung zur Ausheilung, ganz analog dem Verlaufe der Fälle, die vor der Salvarsanära zur Beobachtung gelangten.

Reiche beispielsweise, der Gelegenheit hatte, zahlreiche Fälle von Plaut-Vincentischer Angina zu behandeln, gibt an, daß sich bei denjenigen seiner Fälle, in denen Spirochäten + Bazillen nachgewiesen werden konnten, die Krankheitsdauer im Durchschnitt über mehr als 16 Tage erstreckte. Rumpel weist auf die außerordentlich wechselnde Dauer der Angina Plaut-Vincenti hin, die gelegentlich zwar nach wenigen Tagen, meist aber erst nach wochenlanger, intensiver lokaler Behandlung abheile.

Stellt man dem die Dauer des Leidens in meinen beiden ersten und in den z. B. von Rumpel und Gerber mit Salvarsan behandelten Fällen gegenüber, so ergibt sich, daß die Heilung nach 5 bis höchstens 16 Tagen, durchschnittlich also in etwa 10 Tagen erfolgte.

Im großen und ganzen muß demnach die Einführung des Salvarsans in die Therapie dieser Affektionen als ein wesentlicher Fortschritt bezeichnet werden, der um so höher zu bewerten ist, als durch diese Art des Vorgehens die außerordentlich mühselige und für den Patienten keineswegs angenehme lokale Behandlung im allgemeinen wohl überflüssig geworden ist. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß nunmehr bei jeder, noch so geringfügigen Spirochätenerkrankung der Mundhöhle gleich zum Salvarsan gegriffen werden müßte; man wird vielmehr die Anwendung des Mittels für die schwereren Fälle reservieren, obwohl nach unseren freilich sehr spärlichen Erfahrungen gerade bei diesen rein lokalen Spirochätosen die Salvarsaninfusionen von keinerlei Reaktion gefolgt sind.

Im Hinblick auf die im allgemeinen doch recht günstigen Resultate, die man bisher bei der Behandlung dieser Spirochätenerkrankungen mittels Salvarsan erzielt hat, muß natürlich der Mißerfolg in unserem dritten Falle um so auffallender erscheinen, selbst wenn man dabei den Faktor in Rechnung stellt, daß hier eine recht schwere und ausgedehnte Erkrankung vorlag. Möglicherweise hinderten besondere anatomische Verhältnisse das Salvarsan an der Entfaltung seiner Wirkung; vielleicht prävalierten auch an den Rändern und in der Tiefe der Ulzerationen die fusiformen Bazillen, im Gegensatz zu dem Vorherrschen der Spirillen in den aus den nekrotischen Auflagerungen gewonnenen Abstrichpräparaten. Endlich könnte man auch an eine von Anfang an vorhandene Arsen-

festigkeit dieses Spirochätenstammes denken. Aber über theoretische Spekulationen dieser oder ähnlicher Art kommt man nicht hinaus, und man muß sich daher an der feststehenden Tatsache genügen lassen, daß das Salvarsan hier versagt hat. Ob es möglich gewesen wäre, durch weitere Salvarsanzufuhr oder durch lokale Applikation desselben den Ablauf der Erkrankung doch noch zu beschleunigen, muß dahingestellt bleiben.

Schlußsätze: Im allgemeinen ist das Salvarsan ein sehr wertvolles Heilmittel gegen die nichtsyphilitischen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle.

Selbst tagelanges Persistieren reichlicher Mengen von Spirochäten und fusiformen Bazillen in den Auflagerungen bei Angina Plaut-Vincenti und verwandten Leiden kann nicht ohne weiteres im Sinne einer mangelhaften Wirkung des Salvarsans gedeutet werden, sondern erklärt sich aus den bestehenden anatomischen Verhältnissen.

Bei der Salvarsantherapie dieser Affektionen muß mit gelegentlichen Mißerfolgen gerechnet werden.

2. Beitrag zur Ätiologie und Therapie des Ekzems.

Von Dr. Buba in Nordenham.

Im folgenden möchte ich mir erlauben eine Beobachtung mitzuteilen, die für weitere Kreise nicht uninteressant sein dürfte, zumal eine Nachprüfung mir nur bei einem Fall bisher möglich war.

Ein 40 jähriger Krankenpfleger, der schon verschiedentlich an einer Iritis gelitten hatte, wurde auf Anraten eines Augenarztes schließlich von mir mit Injektionen von Tuberkelbazillenemulsion behandelt, nachdem er auf eine probatorische Tuberkulineinspritzung positiv reagiert hatte. Der Mann war sonst kräftig und gesund und zeigte auf den Lungen keine Veränderung. Die Einspritzungen hatten einen sehr guten Erfolg.

Die Erkrankung war bis dahin immer als eine rheumatische bezeichnet worden und hatte sich am besten auf Schwitzbäder zurückgebildet. Auch Schmierkur war versucht worden. Aber in der letzten Zeit wollten alle diese Mittel nicht mehr anschlagen. Derselbe Pat. hatte außerdem in den letzten Jahren unter einem schuppenden Ekzem beider Hohlhände zu leiden, das auf den Gebrauch von Desinfizienten (Lysol und Sublimat) zurückgeführt werden mußte.

Denn jedesmal bei einem mehrwöchentlichen Urlaub, wo diese Desinfizienten ganz fortgelassen werden konnten, heilte das Ekzem völlig ab, um später bei dem Gebrauch von Lysol und Sublimat allmählich wiederzukehren. Dabei wurde das Ekzem aber allmählich schlimmer und hartnäckiger, so daß es in der letzten Zeit selbst nach mehrwöchentlicher Schonung der Hände nicht ganz verschwand. Während der Behandlung des Augenkranken mit Tuberkelbazillenemulsion fiel es nun auf, daß das Ekzem schneller als sonst

in Zeiten der Schonung — Pat. konnte wegen seiner Augen nicht arbeiten — zurückging.

Da es aber zweifelhaft war, ob diese Besserung post oder propter hoc eingetreten war, machte ich den Pat. bei der Wiederaufnahme seiner Arbeit besonders darauf aufmerksam, auf den Wiedereintritt des Ekzems gut zu achten und forderte ihn zugleich auf, die Hände nach keiner Richtung zu schonen. Trotzdem kehrte das Ekzem nicht zurück. Nach mehreren Monaten zeigten sich wohl unbedeutende schuppige Stellen, die aber bald ohne besondere Schonung wieder verschwanden.

Allerdings machte zu gleicher Zeit eine wiederauftretende Empfindlichkeit des linken Auges auch erneute Tuberkulineinspritzungen notwendig. Seitdem ist das Ekzem bis auf kleine vorübergehende Schuppungen nicht mehr wieder-gekehrt. Es sind aber auch noch mehrere Tuberkulinkuren gemacht worden. Der Krankenpfleger hat seitdem noch die Beobachtung gemacht, daß er Lysol viel besser vertragen kann als früher, und daß überhaupt die Haut seiner Hände weniger empfindlich ist.

Diese obige Erfahrung benutzte ich nun noch in einem anderen Fall.

Ein Bäckermeister kam mit einem nässenden Ekzem des ganzen Kopfes in meine Behandlung. Auf Puder ging dasselbe bald zurück. Sobald aber der Pat. wieder in seiner Bäckerei vor dem Ofen und im Mehlstaub tätig war, trat jedesmal das Ekzem wieder auf, während er vorher diese Arbeiten ohne irgendwelche Störungen verrichten konnte. Alle örtliche Behandlung nutzte auf die Dauer nichts.

Es handelte sich dabei um einen kräftigen gesunden Menschen, bei dem nur über der linken Lungenspitze etwas unbestimmtes Atemgeräusch nachgewiesen werden konnte. Ich machte nun auch bei diesem Pat. eine probatorische Tuberkulininjektion, auf 1 mg reagierte er nicht, auf 3 mg aber mit einem Fieber von 39°. Jetzt gab er auch an, daß er früher einen leichten Spitzenkatarrh gehabt habe, der aber ausgeheilt sei. Die Veränderungen auf der linken Spitze stimmten zu diesen Angaben. Ich begann darauf auch eine vorsichtige Behandlung mit Injektionen von Tuberkelbazillen-emulsion, die sehr gut vertragen wurden.

Schon nach 5—6 Wochen konnte der Pat. die Arbeit vor dem Ofen und im Mehlstaub wieder besser vertragen, wenn auch noch nicht so wie früher, d. h. er war noch vorsichtig und arbeitete nicht zu lange. Dabei trat das Ekzem nicht mehr auf. Leider mußte ich dann die Behandlung aufgeben, weil der Kranke fortzog und einen anderen Beruf ergriff, er war fortan als Reisender beschäftigt.

Ich weiß sehr wohl, daß es nicht berechtigt ist, aus diesen beiden Beobachtungen schon Schlüsse zu ziehen, aber man darf vielleicht doch daran denken, daß der ubiquitäre Tuberkelbazillus in vielen Fällen nur einen Schwächezustand des Organismus schafft, wodurch derselbe für irgendwelche schädigende Reize angriffsfähiger wird. Es sind ja auch neuerdings im Blut von ganz gesunden Menschen Tuberkelbazillen nachgewiesen worden.

Und vielleicht kommt es in ähnlicher Weise auch bei den Geschwülsten, wenigstens in manchen Fällen, mehr auf den Zustand des

Nährbodens an als auf den Erreger, was bei einer frühzeitigen Behandlung nicht unwichtig sein dürfte. Selbstverständlich meine ich nicht, daß überall mit der Vorarbeit gerade des Tuberkelbazillus gerechnet werden muß, aber doch daß derselbe infolge seiner weiten Verbreitung für die Entstehung auch nicht tuberkulöser krankhafter Veränderungen häufiger verantwortlich zu machen ist.

3. Über „Pixspor“ (Teerpuder).

Von Dr. Ernst Adler in Berlin.

Bekannt und allgemein anerkannt ist die gute therapeutische Wirkung des Originalteers, sowohl die des Holzteers in seinen verschiedenen Arten, wie auch die des Steinkohlenteers.

Wir wenden ihn rein oder verdünnt, in Salbenform, ferner als Pinselung an. Und ich habe den Eindruck, daß alle Derivate ihn in der Wirkung nicht erreichen.

Es erschien mir wünschenswert, ihn auch in Puderform zu verwenden. Es konnte durch einen Teerpuder in bestimmten Fällen die Anwendung der Teerpinselung und nachfolgender Puderung ersetzt werden; auch dürfte ein solcher Puder besondere Eigenschaften besitzen, schwächere Reizwirkung auf die Haut, bei guter adstringierender und resorbierender Wirkungsweise. Es bot sich daher an chronisch entzündlichen Prozessen der Haut und ähnlichen ein mannigfaches Versuchsgebiet dar.

Herr Apotheker Herrmann (Berlin, Ostend-Apotheke) stellte nach mancherlei Versuchen einen Teerpuder her, der unter dem Namen „Pixspor“ Nr. 162293 patentamtlich geschützt ist.

Ich habe denselben an einem umfangreichen Krankenmaterial ein Jahr lang erprobt und kann zusammenfassend sagen, daß derselbe therapeutische Wirkungen hat, die ihn für bestimmte Hautaffektionen besonders indiziert erscheinen lassen. Als Anwendungsgebiet schien mir in erster Linie Balanitis, Herpes progenitalis, intertriginöses Ekzem, Hyperidrosis gegeben zu sein.

Von der Behandlung der akuten Balanitis mit Teerpuder habe ich Abstand genommen, da in solchen Fällen auch die Möglichkeit einer Reizung durch ein Medikament vermieden werden muß. Dagegen gibt es zahlreiche subakut verlaufende Fälle, in denen die Entzündungserscheinungen nicht so hochgradig sind; in diesen halte ich den Teerpuder für angebracht. Ferner bieten Reizzustände des Glans und des Praeputiums jeglichen Grades, zirkumskripte Rötungen, ja auch nur subjektive Beschwerden, wie Juckreiz und Gefühl von Brennen, ein besonders dankbares Feld für diese Therapie.

In allen diesen Fällen wirkt der Teerpuder energischer und schneller als andere Puderarten.

Folgende Fälle seien angeführt:

I. Herr E. R. kam am 2./IV. 1912 mit subakuter Balanitis in Behandlung; am 4./IV. wurde am Befund des Praeputiums festgestellt, daß der Puder gut gewirkt habe.

II. Herr R. wurde am 7./XI. 1911 in Behandlung genommen; es handelte sich um eine fast 8 Wochen bestehende Balanitis. Die Wirkung des Teerpuders war gut.

III. Bei Herrn A. wurde am 3./XII. 1911 Rückfall einer Balanitis mit zirkumskripten roten Stellen, starkem üblem Geruch und heftigem Jucken festgestellt. 6./XII. Besserung. 8./XII. völlige Heilung.

Ich versuchte auch die Neigung zur Papillombildung mit „Pixspor“ zu bekämpfen und erzielte in mehreren Fällen eine gewisse Hemmung der Papillombildung.

Herpes progenitalis.

In 12 Fällen angewandt, verursachte Pixspor niemals Reizung; in Fällen von rezidivierenden Herpes war die Wirkung die, die anfallsfreien Intervalle zu verlängern.

I. Herr Z. kam am 30./XI. 1911 wegen oft rezidivierendem Herpes progenitalis in Behandlung. Der Herpes war vor $\frac{1}{2}$ Jahr zum ersten Male aufgetreten. 6./XII. 1911, die Stellen sind verheilt. 27./I. 1912, Pat. teilt mit, daß Besserung eingetreten ist, daß das Leiden nicht so oft mehr auftritt und die Bläschenruption keine so ausgedehnte mehr ist, vielmehr nur noch vereinzelte Bläschen auftreten.

II. Herr S., aufgenommen am 10./XII. 1912. Rezid. Herpes. Unter Teerpuder ist nach seiner Angabe die Affektion schneller abgeheilt als sonst.

Chronisches intertriginöses Ekzem.

Es wurde eine sehr günstige Wirkung in mehreren Fällen beobachtet.

I. Herr K. L., aufgenommen am 1./XI. 1911. Zwischen dem 4. und 5. Finger, die in Beugekontraktur stehen (frühere Verletzung), besteht ein sehr hartnäckiges erosives Ekzem. 21./XI. 1911 Ekzem gebessert. 7./XII. 1911 Pat. gibt an, daß der Teerpuder bei ihm besser wirke als zum Vergleich verordneter Wismutpuder. 20./XI. 1911 fortgesetzt gute Wirkung. 4./I. 1912 Ekzem geheilt.

II. Herr P. A., 29./XII. 1911. Nach Ablauf eines akuten Ekzems der Finger der linken Hand befinden sich an einigen Stellen noch kleine grütz-kornähnliche Vesikel. — Unter Teerpuder sind letztere schnell abgeheilt.

III. Herr P., Eczema ani. Außerordentlich quälendes Jucken. Nach Anwendung von Salben (Tumenol u. a.) wird „Pixspor“ versucht. Das Ekzem besserte sich sehr schnell, die subjektiven Beschwerden ließen schnell nach.

IV. Martha G. Intertriginöses nässendes Ekzem zwischen arthritisch-versteiften Fingern. 26./I. 1912 Haut trocken, schnelle Heilung, kein Stechen und Kriebeln mehr.

V. Herr O. P. 14./VII. 1912 Hyperidrosis, vesikuloses Ekzem des Fußes. 29./VII. 1912. Das Schwitzen hat nachgelassen. An dem Ekzem macht sich Abschuppung bemerkbar, die zur allmählichen Heilung führt.

VI. Herr Eck., 40 Jahre alt. 10./XI. 1912 seit langer Zeit bestehendes chronisches Eczema ani und Hämorrhoiden. — Pat. berichtet nach wenigen Tagen, daß der Juckreiz verschwunden und der Ausschlag gebessert sei.

4. Über Hexal bei Gonorrhoe und deren Komplikationen.

Von Dr. med. R. Boer in Berlin.

Von der Firma J. D. Riedel, Aktiengesellschaft, ist mir zu Versuchszwecken ein neues Desinfiziens der Harnwege zur Verfügung gestellt worden. Es ist dies das sulfosalizylsaure Hexamethylentetramin, welches unter dem Namen Hexal im Handel erscheint. Es besteht aus weißen im Wasser löslichen Kristallen, besitzt einen angenehmen säuerlichen Geschmack und scheint eine stärkere bakterizide Wirkung zu besitzen als das gewöhnliche Hexamethylentetramin.

Aus den von Seegers, Frank und Boss veröffentlichten Arbeiten über die Einwirkung des Hexals auf die Infektionen der Harnwege geht unzweifelhaft hervor, daß dieses Salz die bekannten stark antiseptischen Eigenschaften des Hexamethylentetramins mit den sedativen und adstringierenden Wirkungen der Sulfosalizylsäure vereinigt. Letztere ist seit längerer Zeit als höchst empfindliches Reagens auf Eiweiß im Urin bekannt und entfaltet auch in der Verbindung mit Hexamethylentetramin seine eiweißkoagulierenden Eigenschaften insofern, als es den trüben Urin klärt und die Exsudat- und Eiterbildung hemmt. Ich kann obige Beobachtungen vollauf bestätigen; unter den zahlreichen von mir mit Hexal behandelten Fällen war nur ein einziger, bei dem nach etwa 3 wöchentlichem regelmäßigem Gebrauch — ich habe das Mittel stets in Dosen von 3—5 g pro die teils in Tabletten, teils in Pulverform verordnet — keine wesentliche Besserung eintrat. Ferner ist mir ein Fall bekannt, wo Patient das Mittel fortlassen mußte, weil er danach angeblich unter starken Magenbeschwerden zu leiden hatte. Das kommt bei allen Medikamenten vor und ist jedenfalls auf eine besondere Empfindlichkeit des Patienten zurückzuführen. Im übrigen habe ich nie nachteilige Folgen bemerkt. Ich habe das Mittel bei einer Reihe von Patienten (etwa 30) teils poliklinisch, teils privat angewandt und zwar hauptsächlich bei Gonorrhoe teils mit, teils ohne Prostatitis bzw. Cystitis, teils habe ich es auch prophylaktisch bei Abortivkurven eingegeben. Nach etwa 2 Stunden konnten schon die Komponenten des Hexals im Harn nachgewiesen werden.

Die nachfolgenden Fälle mögen erläutern, wie schnell sie durch die Wirkung des Hexals gebessert bzw. geheilt wurden.

Fall I. Herr N. litt seit Ende Juli 1912 an Gonorrhoe. Am 29./IX. kam er in meine Behandlung; Gonokokken waren noch vereinzelt zu finden,

die Prostata gering vergrößert; es bestand ein starker Blasenkatarrh. Der Urin reagierte neutral, war in beiden Portionen trübe. Im Sediment zahlreiche Leukozyten, vereinzelte Epithelien und Bakterien. Pat. bekam 3 mal täglich je 1,0 Hexal. 2./X. Sediment bedeutende Verringerung der Leukozyten und Bakterien, erster und zweiter Urin trübe. 9./X. erster und zweiter Urin fast klar. 13./X. erster und zweiter Urin klar, reagiert sauer, ohne Sediment.

Fall II. Herr M., der, wie mir bekannt, sehr zu Blasenkatarrh neigte, kam 2 Tage post coitum mit frischer Gonorrhoeinfektion in meine Behandlung. Ich machte eine Abortivkur mit ihm und verordnete ihm 4,0 Hexal pro die. Die sonst stets auftretenden Blasenbeschwerden blieben aus. Nach Verlauf von 1 1/2 Wochen konnte Pat. als geheilt entlassen werden.

Fall III. Herr B. hatte sich im Juli eine Gonorrhoe zugezogen, die er sehr verschleppt und wenig beachtet hatte. Im Anfang Oktober kam er in meine Behandlung mit Prostatitis, Spermatozystitis und starkem Blasenkatarrh. Neben der symptomatischen Behandlung der erkrankten Organe erhielt Pat. zur Milderung des Blasenkatarrhs 4,0 Hexal täglich. Nach Verlauf von 5 Tagen war eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens bemerkbar, besonders die heftigen Schmerzen beim Urinieren hatten nachgelassen, auch war der Urin klarer. Nach einer weiteren Woche, also im ganzen nach 12 tägigem Hexalgebrauch war der Urin klar. Ich ließ darauf das Hexal aussetzen, worauf alsbald der Urin wieder trüb wurde und eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens (die wahrscheinlich wohl mehr psychischer Natur war) eintrat. Nach 3 tägigem Gebrauch von Hexal war der Urin wieder klar. Ich ließ Pat. bis zur völligen Heilung das Präparat täglich 3,0 einnehmen. Pat. stellte sich vor etwa 3 Wochen wieder vor, hatte seit der ersten Woche nichts mehr eingenommen, der Urin war in beiden Teilen vollständig klar.

Fall IV. Herr Sch. kam Anfang Dezember wegen Gonorrhoe in meine Behandlung. Die Untersuchung zeigte neben zahlreichen Gonokokken eine Prostatitis. Erster und zweiter Urin trübe. Beim Urinieren bestehen heftige Schmerzen. Außer der einschlägigen Behandlung, wie Spülungen mit Albargin 1:1000 und Prostatamassage, verordnete ich 4,0 Hexal täglich. Nach 3—4 Tagen ließ der Harndrang nach und im Uretralsekret waren nur noch vereinzelt Gonokokken. Erster und zweiter Urin waren noch trübe. Nach einer Woche wurde der Urin klarer und im ganzen nach 14 tägigem Hexalgebrauch war der Urin in beiden Portionen klar. Der Pat. steht noch in meiner Behandlung und hat Hexal, seitdem der Urin klar ist, nicht mehr genommen, trotzdem ist kein Rückfall eingetreten.

Fall V. Ich möchte hier noch einen Fall von chronischer Cystitis bei einem Pat. mit Tabes anführen. Die cystoskopische Untersuchung ergab eine Trabekelblase mit mäßig stark injizierten Gefäßen und etwas geröteter Schleimhaut ohne nennenswerten Belag. Der Residualharn betrug durchschnittlich 120 ccm. Pat. hatte unter dem bestehenden Tenesmus besonders nachts viel zu leiden. Die mikroskopische Sedimentuntersuchung des trüben Urins ergab Leukozyten, Epithelien und vereinzelte Bakterien. Pat. bekam Blasenpülungen mit 1:1000 Argent. nitr. und 4 mal täglich 1,0 Hexal. Die Blasenbeschwerden wurden geringer und nach 4 Tagen wurde der Urin klar, der jedoch, sobald mit Hexal ausgesetzt wurde, wieder trübe wurde.

Aus den bisher von anderen Kollegen und mir mit Hexal gemachten

Versuchen dürfte hervorgehen, daß das Mittel für die Urologie von nicht zu unterschätzendem Werte ist und in Bälde unter den schon erschienenen Präparaten mit am meisten verwandt werden wird.

II. Therapeutische Revue.

Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft.

Von Dr. Carl Schindler in Berlin.

(Fortsetzung.)

B. Die Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica mit Punktion.

Baermann verfolgte in seiner bereits zitierten Arbeit durch die Punktion der Epididymis mehr diagnostische, als therapeutische Ziele. Aber eben schon Baermann beobachtete, daß die Punktion des Nebenhodens den Ablauf der Entzündung günstig beeinflusste.

Baermann schrieb: „Irgendwelche schädlichen Folgen konnte ich nach dieser kleinen Operation niemals konstatieren. Es nahmen im Gegenteil die Schmerzhaftigkeit und das Spannungsgefühl nach der Entleerung eines eventuellen Abszesses schnell und dauernd ab. Das Fieber ging stets rasch und dauernd zur Norm zurück. Die Punktion ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle für den Patienten sehr schmerzhaft. Wenn ich nun versuche, aus meinen Befunden therapeutische Schlüsse zu ziehen, so möchte ich von einer Punktion der stark entzündlichen Formen nicht abraten; denn es ist denkbar, daß in jenen Fällen, wo es sich lediglich um Stauungsabszesse handelt, durch Entleerung derselben einem eventuell tief greifenden Zerfall vorgebeugt wird. Die Punktion der entzündlichen Hydrozele möchte ich jedenfalls empfehlen. Durch sie wird nicht nur die Schmerzhaftigkeit und das Spannungsgefühl erheblich herabgesetzt, sondern es wird auch durch die Aufhebung des Druckes auf die zu- und abführenden Lymph- und Blutgefäße eine erhebliche Besserung der Zirkulation und damit günstigere Bedingungen für die Resorption der Infiltratsherde geschaffen.“ Mehr hat über die Therapie in der 12 Seiten langen Arbeit Baermann nicht gesagt. Eine Kasuistik fehlt und auch eine Ausarbeitung der Methode für die Praxis. Ein Vergleich punktierte und nicht punktierte Fälle von gonorrhoeischer Epididymitis fehlt ebenfalls. Die Punktion wurde daher in der Praxis kaum angewandt. Ich selbst habe nun 1906, auf den Untersuchungen Baermanns fußend, ebenfalls in der Neisserschen Klinik die Technik der Punktionsmethode für die Praxis ausgebaut und in die Therapie eingeführt.

1906. Carl Schindler: Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica. Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 51. Baermann hatte das Hauptgewicht auf die Eröffnung von miliaren Abszessen und die Auffindung von Gonokokken gelegt und daher eine breite starke Kanüle durch die ganze Länge des Nebenhodens gestoßen. Es ist daher nicht wunderbar, daß dieser Eingriff sehr schmerzte. Um denselben therapeutischen Effekt zu erzielen, ist dieses, etwas robuste, Vorgehen Baermanns aber gar nicht nötig; schon deshalb nicht, weil durchaus die miliaren Abszesse nicht so häufig sind, wie Baermann annimmt, und außerdem die Punktion auch dann nicht minder günstig wirkte, wenn weder Eiter noch Gonokokken entleert werden konnten. Ich erkannte, daß die Punktion offenbar wie ein Spannungsschnitt, wie eine Skarifikation bei einer Entzündung wirkte und daß es nur darauf ankommt, die den Nebenhoden umschließenden, stark gespannten Hüllen zu schlitzen. Der Nebenhoden steht dann nicht mehr unter so starkem Druck, so daß die Schmerzen nachlassen und sich auch wieder bessere Zirkulationsverhältnisse einstellen. Ich punktierte in jeder Sitzung multipel einmal in die Cauda und einmal rechts und links daneben. Ich benutzte nun schwächere Kanülen wie Baermann (1,5 mm stark) und stach sie nur etwa 2 cm tief ein. Obwohl ich stets ohne Lokalanästhesie multipel in einer Sitzung punktierte, war überraschenderweise dieser schnell ausgeführte kleine Eingriff absolut nicht mehr schmerzhaft, wenigstens so wenig, daß die Kranken keine Schmerzen laut äußerten.

Aber auch nachher traten keine Schmerzen auf, sondern im Gegenteil atmete der Kranke erleichtert auf, der quälende Druck war infolge der Entspannung gewichen, der Kranke hatte keine Schmerzen mehr und konnte wieder ruhig schlafen. Nicht punktierte Kranke derselben Abteilung verlangten die Punktion, nachdem sie an ihren Nachbarn die wohltätige Wirkung beobachtet hatten. Das Fieber sank meistens kritisch in 24 Stunden zur Norm, seltener lytisch. Die Resorption der Infiltrate wurde erheblich beschleunigt, so daß die Behandlungsdauer etwa um die Hälfte abgekürzt wurde. Die Kranken waren um so viel früher entlassungsfähig, wie aus den der Arbeit beigegebenen Protokollen hervorgeht. Komplikationen waren niemals aufgetreten, eine restitutio ad integrum wird auch durch die Punktion nicht gewährleistet. Stets wurde die Punktion mit der im vorigen Kapitel besprochenen Antiphlogose kombiniert. Nachprüfungen in anderen Kliniken und Polikliniken bestätigten meine Erfolge.

1907. C. Adrian: Zur Behandlung der akuten gonorrhoeischen Epididymitis. Straßburger med. Zeitung. 1907. 3. Heft. Adrian hat in vier Fällen, in denen die subjektiven Beschwerden nicht wichen und der objektive Befund der gleiche blieb, multiple und wiederholte Punktionen des kranken Nebenhodens mit Erfolg ausgeführt. „Dabei ist es gar nicht nötig, irgendwelche Sekrete durch die Punktion zu entleeren, das meist doch sehr spärlich ist. Das dem Patienten so lästige Gefühl der Spannung im Hoden, die Schmerzen, die Druckempfindlichkeit des erkrankten Organs, die entzündliche Schwellung, die oft beträchtlichen Temperatursteigerungen usw. werden in der Regel prompt und günstig beeinflußt. Irgendwelche nachteiligen Folgen haben wir nicht gesehen und sind auch von anderer Seite nicht beobachtet worden. Die Anwendung von Äthylchlorid für die Einstichstelle ist ganz unnötig und an der Hodensackhaut überhaupt schmerzhaft.“ „Die günstige Wirkung des auch für empfindliche Patienten keineswegs schmerzhaften Eingriffes“ erklärt Adrian wie Schindler als eine Entspannung der entzündlichen Gewebe.

1908. K. Heinze: Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica mit Punktion. Dermatolog. Zeitschrift. XV. Heft 3. Behandelt wurden 27 Fälle. Die Punktion wurde ohne jegliche Anästhesie ausgeführt. Es wurde aber gewöhnlich nicht multipel, sondern nur einmal punktiert. „Das Resultat unserer Versuche ist überaus günstig. Die Punktion verursacht ohne jegliche Anästhesie den Patienten nur geringen Schmerz, so daß kein Patient die Ausführung der Punktion verweigerte und jeder sogar hervorhob, sich im gegebenen Fall wieder punktieren zu lassen. Wir haben in keinem Falle üble Folgen konstatieren können, ebensowenig beobachteten wir entzündliche Reizungserscheinungen. Ganz kurze Zeit nach der Punktion, meist unmittelbar nach dem Herausziehen der Kanüle, hörten die Schmerzen auf. Wie auf die subjektiven Symptome, so wirkt auch auf die objektiven die Punktion gleich günstig. Die Punktion fand abends statt. Am anderen Morgen war das Fieber deutlich gesunken oder überhaupt verschwunden. Zum Vergleich dienten die Fieberkurven weiterer 27 Epididymitiden, die nicht punktiert wurden. Die Behandlungsdauer der 27 nicht punktierten Fälle betrug fast das Doppelte (529 Tage: 293 Tagen), dabei bestanden in über 60% Verhärtungen im Nebenhoden bei der Entlassung. Heinze punktierte nur einmal und nicht multipel.

1908. Müller: Moderne Behandlung der Epididymitis gonorrhoeica. Allgemeine med. Centralzeitung. 1908. Nr. 45. Behandelt wurden 50 klinische Fälle und 10 ambulante. Es wurden nur schwere und Fälle mittlerer Intensität, niemals leichte Fälle punktiert. Bei richtiger Technik ist der Schmerz minimal; man muß rasch und energisch 1—3 cm tief einstechen, wobei man das Gewebe knirschen fühlt. Der Erfolg, in Gestalt von Temperaturabfall und Schmerzlinderung beginnt meist schon nach einer Stunde. Eine Wiederholung des Eingriffes war in der Mehrzahl der Fälle nicht nötig (zehnmal 2 Punktionen, zweimal 3 Punktionen). Die Antiphlogose bestand in Kombination von heißer Luft und Dunstverband. Die Heilungsdauer wurde fast um die Hälfte abgekürzt.

1909. Ernst: Die neuen Behandlungsmethoden der Epididymitis gonorrhoeica, unter Mitteilung eigener Versuche mit der Punktionsbehandlung. Berliner klin. Wochenschrift. 1909. Nr. 10 u. 11. Es wurden 52 Fälle behandelt, in der Regel nur einmal punktiert, eine zweifache Punktion wurde in 8, eine dreifache in 3 Fällen erforderlich. „Der Einstich selbst wurde vom Patienten so gut wie niemals als schmerzhaft bezeichnet. Bei einiger Übung kommt man bald dazu, auch den Druck beim Fixieren des erkrankten Nebenhodens mit der Hand auf ein solches Minimum zu reduzieren, daß er dem Patienten kaum mehr fühlbar wird.“ (Das ist sehr wichtig, weil durch etwaiges Quetschen beim Fixieren des erkrankten Nebenhodens nachträglich eine Verschlimmerung durch weitere Anschwellung des Nebenhodens eintritt. Der Referent.) „Der Erfolg der Punktion bezüglich der subjektiven Symptome war ein überraschender:

bei allen Kranken waren die spontanen Schmerzen und das Gefühl der Spannung meist unmittelbar nach dem Herausziehen der Kanüle, längstens aber nach zwei Stunden, geschwunden. Auch die Schmerzhaftigkeit auf Druck erfuhr durch die Punktion so gleich eine auffallende Verminderung derart, daß Betasten oder leichter Druck Schmerzen nicht mehr auslösten. Das Fieber fiel oft schon einige Stunden hernach, gewöhnlich aber bis zum nächsten Morgen, auf die Norm. Nur in wenigen Fällen zeigte das Fieber einen lytischen Abfall. Die Schwellung zeigte, von wenigen Fällen abgesehen, schon innerhalb der ersten 24 Stunden eine überraschende Verminderung, welche namentlich in die Augen fallend war, wenn wir es vorher mit hühner- oder gänseeigroßer Schwellung des Nebenhodens zu tun hatten. Irgendwelche üblen Folgen haben wir von der Punktion und Aspiration niemals gesehen. Wir möchten uns also dahin resümieren, daß für die Krankenhausbehandlung die Punktionstherapie jedenfalls sehr zu empfehlen ist. Neben der günstigen Einwirkung auf das Fieber ist besonders die schnelle Beseitigung der spontanen und die rasche Linderung der Druckschmerzhaftigkeit als Folge der Punktion hervorzuheben. Auch eine Abkürzung der Heilungsdauer der Epididymitis läßt sich nach unserer Erfahrung in den meisten Fällen durch die Punktion erzielen.

1910. R. Frühwald-Leipzig: Über Punktionsbehandlung der Epididymitis gonorrhoeica. Münchener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 41. Zur Punktion wurde eine gewöhnliche Injektionsspritze mit einer 4 mm dicken Kanüle benutzt. Die Injektion wurde ohne lokale Anästhesie vorgenommen. Trotzdem empfanden die Kranken keine besonderen Schmerzen. Der Einfluß der Punktion auf die subjektiven Symptome, Schmerz und Spannungsgefühl, war nur ein außerordentlich günstiger. Die Schmerzen wurden bedeutend herabgesetzt oder ganz getilgt. Es war ganz erstaunlich, zu sehen, wie die von heftigen Schmerzen geplagten Kranken im Momente, wo die Nadel aus dem Nebenhoden herausgezogen war, oder wenig später, erleichtert aufatmeten, weil ihrer eigenen Angabe nach der spontane, manchmal auch der Druckschmerz und das Spannungsgefühl bedeutend verringert oder ganz geschwunden waren. Oft genug hatten auch Epididymitiskranke, welche den Erfolg der Punktion bei ihren Nachbarn gesehen hatten, spontan begehrt, von mir ebenso behandelt zu werden. Besonders interessant war der folgende Fall: „O. G., 24-jähriger Kellner, kam am 15. Nov. 09 mit einer heftigen Epididymitis. Der linke Nebenhoden war etwa 20fach vergrößert, äußerst schmerzhaft und mit starker Deferentitis kompliziert. Die Temperatur war normal. Der Patient gab an, daß er in fünf Tagen einen vorteilhaften Posten anzutreten habe und bat, um so rasch als möglich die Schmerzen los zu werden, eindringlich um Vornahme der Punktion. Der Effekt derselben war auffallend. Die vorher selbst bei Hochlagerung des Hodens fast unerträglichen Schmerzen erschienen nach der Operation, auch wenn er den Hoden herabhängen ließ, auf ein Minimum reduziert. Allein nach zwei Tagen kehrten sie in derselben Intensität wieder. Es wurde daher auf Wunsch des Kranken nochmals punktiert, worauf die Schmerzen wieder prompt verschwanden und der Kranke am nächsten Tage mit nur geringen Schmerzen entlassen werden konnte. Bei 4 Kranken traten, wie in diesem Falle, die Schmerzen nach der Punktion noch einmal mit der früheren Intensität auf, so daß die Punktion wiederholt werden mußte. Der Einfluß der Punktion auf die Temperatur war deutlich, indem ich fast regelmäßig nach der Punktion einen kritischen Temperaturabfall bis 2,4° beobachtete. Nur in vereinzelten Fällen fiel das Fieber lytisch ab. Die Temperaturherabsetzung blieb aber nicht in allen Fällen von Dauer. 4 Fälle wurden zum zweiten Male punktiert, und es erfolgte prompt wieder ein kritischer Abfall. Die einmalige Punktion vermag also zwar eine momentane, nicht aber eine in jedem Fall andauernde Entfieberung herbeizuführen. Bezüglich der Abnahme der Schwellung des Nebenhodens wurde nach einmaliger Punktion anfangs zwar eine erhebliche Abnahme beobachtet; bezüglich der Zeitdauer aber, in welcher die Schwellung auf ein Minimum zurückging, ein wesentlicher Unterschied zwischen punktierten und nicht punktierten Fällen nicht beobachtet.

Fassen wir die Ergebnisse unserer Beobachtungen zusammen, so finden wir, daß die Punktion des Nebenhodens bei Epididymitis gonorrhoeica einen unleugbaren momentanen Effekt hat. Allein auf die Dauer hält dieser günstige Einfluß nicht an. Das Fieber und die Schmerzen können wiederkommen und die Behandlung wird nicht abgekürzt. Deshalb ist auch die Indikation für die Punktion eine sehr eng begrenzte. Sie wird eben dort anzuwenden sein, wo es auf einen momentanen Effekt ankommt. Wenn z. B. jemand mit einer sehr schmerzhaften und fieberhaften Epididymitis zum Arzt kommt, mit dem Verlangen, er wolle aus irgendwelchen Gründen, wie beruflichen, nur auf eine bestimmte kurze Zeit von seinen Beschwerden befreit sein, wird ihm aus der Punktion sicherlich ein sehr großer Nutzen erwachsen können. Wenn es darauf ankommt, das

Fieber plötzlich herabzudrücken, werden wir ebenfalls die Punktion mit Erfolg anwenden. Durch Summation der Einzeleffekte, also durch multiple Punktation nach Schindler, wird man wohl eine Dauerwirkung erzielen können. Die multiple Punktion ist im allgemeinen kontraindiziert, weil man ein so wichtiges Organ wie den Nebenhoden, einer wiederholten Verletzung nicht wird aussetzen wollen. (Im Schlußwort komme ich auf die Thesen Frühwalds zurück. Der Referent.)

Januar 1910. A. Charrier-Bordeaux: Abszesse bei den blennorrhischen Epididymitiden. *Journal d. pratic.* Nr. 9; *Province medical* 1910. 1. Januar. In 20 Fällen wurden durch Punktion zehnmal Abszesse aufgedeckt und entleert. Die Schmerzen nahmen rapide ab, die Temperatur wurde normal, die Schwellung ging erheblich zurück und auch die Heilungsdauer wurde abgekürzt.

4. Dezember 1907. E. Spitzer: Die Punktionsbehandlung der Epididymitis. Verhandlung der Wiener Dermatolog. Gesellschaft. 18 Fälle wurden ambulant behandelt. Ein Nachlassen der Schmerzen trat nicht sofort ein und die Kranken mußten noch das Bett hüten. Fünfmal kam es auch auf der anderen Seite zu einer Epididymitis; einmal entstand eine Prostatitis, einmal ein Abszeß der Skrotalhaut (!). Die Durchschnittskrankheitsdauer betrug bei den punktierten Fällen 8 Tage. Bei den nicht punktierten Fällen sind Komplikationen ausgeblieben. Die Punktionsbehandlung der akuten Epididymitis ist schmerzhaft und die Krankheitsdauer nicht abgekürzt.¹

Nobl begrüßte diese negativen Resultate in der Diskussion mit Genugtuung (!). Nobl wiederholt hier seine zur grundsätzlichen Ablehnung der Punktion führenden Bedenken, die er bereits in Bern während der Diskussion über den Vortrag Schindlers geltend machte. Nobl befürchtet, daß durch die Punktion der Epididymis die Nebenhodenkanälchen verletzt werden müssen und die Gefahr besteht, daß dieselben undurchgängig werden, so daß Azoospermie eintrete, während es nachgewiesen sei, daß trotz persistierender Infiltrate nach doppelseitiger Epididymitis später doch noch in einigen Fällen Spermatozoen im Ejaculat auftreten.

Nun sind 6 Jahre verflossen, seitdem ich meine ersten Erfahrungen über die Punktion des Nebenhodens veröffentlicht habe. Inzwischen ist ein neuer Weg, die Epididymitis zu behandeln, beschritten worden, indem der Kranke mit Gonokokkenvakzine aktiv immunisiert wird, worüber im nächsten Kapitel eingehend referiert werden soll. Aber auch die Immunisierung mit Gonokokkenvakzine wirkt bezüglich der Restitutio ad integrum nur palliativ und führt durchaus nicht immer eine restlose Resorption des Infiltrats herbei. Überdies versagt in einer Zahl von Fällen aus uns noch nicht bekannten Gründen die Immunisierung überhaupt. Die Vakzine bleibt bei manchen Individuen völlig wirkungslos. Trotzdem ist die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe, namentlich infolge der Einfachheit ihrer Anwendung, ein weiterer großer Fortschritt in der Therapie der Epididymitis.

Es ist daher mit Recht zu fragen, ob überhaupt und eventuell innerhalb welcher Grenzen die Punktion der Epididymitis jetzt noch eine Berechtigung hat und für den Kranken von Nutzen sein kann. Man wird heute die Punktion der Epididymitis nur bei schweren Fällen, mit enorm starker Exsudation, großer Spannung und unerträg-

¹ Nachdem alle anderen Autoren gerade betonten, daß der Eingriff wider Erwarten nicht schmerzhaft war, daß Komplikationen und Epididymitis der anderen Seite oder Prostatitis, gar Abszesse der Skrotalhaut (!) niemals aufgetreten waren, so können die Mißerfolge Spitzers nur auf technische Unzulänglichkeiten zurückgeführt werden, was schon daraus hervorgeht, daß er die Desinfektion der Haut sogar als schmerzhaft bezeichnet. Es kommt durchaus auch darauf an, wie man das Organ anfaßt und die Punktion ausführt. Und wenn man z. B. während der Punktion den Nebenhoden mit der Hand zu fest und grob umspannt, so entstehen Schmerzen oder Verschlimmerungen. Ich habe selbst einmal einer Punktion zugesehen, nach deren Beendigung ich dem betreffenden Kollegen vorhersagte, daß er eine Funiculitis, hohes Fieber und Zunahme der Nebenhodenschwellung erwarten dürfe; ich hatte nur gesehen, wie grob und fest dieser Kollege den Nebenhoden geradezu gesagt „gepackt“ hatte. Die Verschlimmerung trat auch prompt nach mehreren Stunden ein. Bei allen auch noch so kleinen Operationen und technischen Eingriffen beruht der Erfolg vor allem darauf, wie man es macht und, si plures idem faciunt, non est idem. (Der Referent.)

lichen Schmerzen anwenden. Für diese Fälle bleibt die Punktion auch weiter unentbehrlich, weil die Wirkung der Immunisierung mit Vakzine, wenn sie bei den betreffenden Individuen überhaupt eintritt, nur allmählich zur Entfaltung kommt und daher die Beschwerden auch nur allmählich herabgesetzt werden. Wir wissen ja alle, wie klein und unbedeutend und schnell vorübergehend das durch die Epididymitis entstehende Infiltrat sein kann und welche enormen Vergrößerungen des Nebenhodens andererseits in extremen Fällen sich in kürzester Zeit unter unerträglichen, qualvollen Schmerzen entwickeln können. Gerade in den letzteren Fällen bleibt fast immer ein nicht unbeträchtlicher Knoten dauernd zurück. In der Mehrzahl dieser Fälle wird es daher stets sehr fraglich sein, ob den Spermatozoen aus solchen verdickten Nebenhoden der Weg nach außen offen bleibt. Theoretisch ist der Einwand Nobls, daß durch die Punktion des Nebenhodens die Harnkanälchen zerrissen werden können und infolge von Vernarbung undurchgängig bleiben, sehr naheliegend und auch sehr bestechend. Aber weder die experimentellen Versuche Nobls an der Leiche noch die meinigen an Kaninchen, bei denen man zerrissene Harnkanälchen auffindet, beweisen etwas für die Klinik. Erstens ist es ausgeschlossen, die starre, dicke Exsudatmauer um die Kanälchen, wie sie in exzessiven Fällen der Epididymitis besteht, experimentell zu erzeugen, und es ist mir nicht unwahrscheinlich, daß der starre Exsudatmantel um die komprimierten Kanälchen in den exzessiven Fällen so dick ist, daß man in der Regel nur die straff gespannten Hüllen und das Exsudat perforiert, aber nur selten und durchaus nicht immer gerade die Kanälchen durchstoßen wird. Man merkt ja an einem deutlichen Knirschen, wie stark der exsudative Wall ist. Würden aber, wie im Experiment, auch in diesem oder jenem klinischen Falle die Kanälchen selbst eingerissen, so bleibt immer noch erst die Frage zu beantworten, ob durchaus eine Atresie entstehen muß und sich nicht durch regenerierendes Epithel Anastomosen ausbilden oder ausbilden können. Und selbst wenn Nobl mit seinen theoretisch ja durchaus einleuchtenden Einwendungen Recht behielte, so würden dieselben praktisch für die Klinik doch keine Bedeutung erlangen, weil bei den foudroyanten Entzündungen auch bei expektativer und hydrotherapeutischer Behandlung in den meisten Fällen so erhebliche Knoten zurückbleiben, daß man eo ipso mit einer dauernden Verlegung des Lumens der Samenkanälchen wird rechnen müssen. Aus diesem letzteren Grunde aber wird man über theoretische Bedenken hinweggehen und hinweggehen müssen, weil man dem Kranken eben ungeheuer nützt, wenn man ihm mit einem Schläge unerträgliche Schmerzen benimmt und ihn auch sofort entfiebern kann. Das steht ja doch fest, daß die Punktion bei richtiger Ausführung weder schmerzt, noch Komplikationen nach sich zieht, wohl aber das schmerzhafteste Spannungsgefühl und das Fieber sofort beseitigt und den Kranken in den Stand setzt, eventuell zu einem bestimmten Termin seinen Beruf ausüben zu können. Zeit ist heute Geld, und der Kranke verliert unter Umständen durch den langwierigen Verlauf einer Nebenhodenentzündung seine Stelle oder sein Avancement, und gerade Frühwald hat ja nach dieser Richtung hin einen sehr instruktiven Fall veröffentlicht. Ich habe ursprünglich die multiple mehrmalige Punktion geübt und empfohlen und es ist auch kein Zweifel, daß man durch diese eine dauernde Entfieberung und Schmerzlosigkeit erzielt. Daß bei nur einmaliger Punktion und nur mit einem Stich nicht immer eine dauernde Entfieberung und Nachlaß der Schmerzen eintritt, ist durchaus verständlich, wenngleich auch die anderen hier angeführten Autoren auch mit nur einmaliger Punktion wei bessere Erfolge erzielt haben, als Frühwald. Erinnt man sich an die Fälle von Charrier, der unter 20 Fällen zehnmal mit der Punktion Abszesse eröffnete, so können die Mißerfolge Frühwalds auch so erklärt werden, daß Abszesse vorhanden waren, die bei der nur einmaligen Punktion mit einem Stich nicht getroffen und eröffnet wurden. Man wird unter Umständen nach den Erfahrungen Frühwalds, weil die Indikation zur Punktion der Epididymitis auf diejenigen Fälle mit exzessiver Exsudation und unerträglichen Schmerzen beschränkt ist, zur multiplen Punktion radiär um die Cauda, wie ich es ursprünglich empfohlen habe, zurückkehren, um sicher eine dauernde Entfieberung herbeizuführen. In den leichteren Fällen wird man heute versuchen, mit Gonokokkenvakzine zu immunisieren. Besteht nun eine hochgradige Schwellung, bestehen unerträgliche Schmerzen und hohes Fieber, so wird in diesen Fällen eine sofortige Punktion den Kranken auf der Stelle von seinen Schmerzen befreien, das Fieber kritisch zum Abfall bringen, so daß man nun nach 24 Stunden eine Gonokokkenvakzine injizieren kann, indem jetzt das sich etwa einstellende reaktive Fieber in einem bereits entfieberten Organismus entwickelt. Vor allem aber muß man sich vor Augen halten, daß die Injektion der Vakzine überhaupt ohne Erfolg bleiben kann und daß die Wirkung auf die Entzündungserscheinungen nur allmählich einsetzt und frühestens erst nach

10—12 Stunden eine Verminderung der klinischen Symptome eintritt, so daß die Vakzinebehandlung von vornherein in dringlichen Fällen nicht in Frage kommt, in denen eine schnelle und plötzliche Herabsetzung aller Beschwerden erforderlich wird.

In dieser Beziehung erläutert folgender Fall recht eindringlich, daß auch heute noch die Punktion der Epididymitis unentbehrlich und segensreich für den Kranken ist, wenn es sich darum handelt, den Kranken von seinen Schmerzen und von dem Fieber mit einem Schlage zu befreien.

Ein Student hatte eine Epididymitis mit sehr geringem Infiltrat und geringen Schmerzen, so daß ich ihm nur Ruhe, Spiritusverbände und das Tragen eines Suspensoriums empfahl. Der Student wohnte bei seinen Eltern, denen er seine Infektion verbergen wollte. Nach zweitägiger Ruhe ließ er sich doch verleiten auszugehen, um seine Vorlesungen zu besuchen. Jetzt traten erheblichere Schmerzen auf und nach wiederholtem Ausgang nahm die Schwellung der Epididymis so schnell zu, daß der Kranke sich zu Bett legen mußte. Es stellte sich Fieber ein. Der Kranke behandelte sich selbst mit Umschlägen, indem er seinen Eltern angab, daß er Schmerzen in der Blinddarmgegend habe. Die Schmerzen und die Schwellung nahmen jedoch am nächsten Tage derart zu, daß der Kranke laut schrie und vor Erschöpfung einem Kollaps nahe war. Er ließ nun durch den Vater an mich telefonieren, ich möchte sofort hinkommen. Nach dem Bericht des Vaters, der keine Ahnung hatte, was dem Sohne fehlte, wußte ich selbst ja, was ich finden würde und worum es sich handelte, und ich steckte eine vorher ausgekochte Punktionskanüle ein. Auf der Treppe schon hörte ich den Kranken schreien und die Mutter stürzte mir mit den Worten entgegen: „Mein Sohn stirbt“. Ich fand den Kranken mit kaltem Schweiß bedeckt, hohem, sehr beschleunigtem Puls, im Zustand äußerster Erschöpfung. Der rechte Nebenhoden, und namentlich auch der Samenstrang, waren so enorm geschwollen, wie ich es in meinem Leben bisher noch niemals gesehen hatte. Der Kranke krümmte sich im Bett und schrie nach Erlösung. In diesem augenblicklichen Stadium konnte die Injektion von Vakzine gar nicht in Frage kommen und auch gar nicht helfen. Hier konnte nur die Punktion dem Kranken Erlösung bringen. Ohne mich lange zu besinnen und, ohne daß der Kranke recht wußte, wie ihm geschah, punktierte ich multipel, und schon während ich den feuchten Verband umlegte, war der vorher schreiende Kranke ruhig, atmete tief auf und sagte: „Jetzt wird mir besser“. Die Schmerzen ließen bald nach und der Kranke schlief die Nacht ruhig. Komplikationen sind nicht eingetreten. Nachdem der Samenstrang und der Nebenhoden erheblich abgeschwollen waren, so daß das Infiltrat im letzteren nur noch so groß war, wie eine kleine Pflaume, begann ich, weil das Infiltrat sich nicht weiter zurückbildete, mit Gonokokkenvakzine zu immunisieren. Das Infiltrat verkleinerte sich nun noch weiter, doch verschwand es nicht restlos; es blieb eine kirschkerngroße, nicht scharf abgegrenzte, undeutliche Resistenz zu fühlen. Nach 1½ Jahren sah ich den Kranken wieder, und ich konnte von einem Residuum am Nebenhoden kaum noch etwas fühlen.

Ich möchte nun fragen, ob man aus rein theoretischen Bedenken, wie sie Nobl vertritt, in einem solchen Falle wie diesem, von der Punktion hätte Abstand nehmen sollen? Ich glaube, die Antwort kann nur „Nein“ lauten.

So schreibt auch Bruck:

1910. Medizin. Klinik. Nr. 21: Über Epididymitis gonorrhoeica und ihre Behandlung. „Ich glaube zwar, wie Schindler und Heinze, daß die Entzündung, die ohnedies durch die Epididymitis gesetzt ist, schon an und für sich so folgenswer sein kann, daß dagegen die durch die Punktion gesetzte (etwaige adhäsive der Kanälchen) kaum in Betracht kommt und daß der Vorteil, den die Punktion dadurch bietet, daß sie die Entzündung des gesamten Nebenhodens abkürzt, mehr wiegt als die eventuelle Schädigung durch die mit dünner Kanüle vorgenommenen Punktion.“ (Der von mir eben geschilderte Fall rechtfertigt diesen Standpunkt durchaus. Der Referent.) Weiterhin schreibt Bruck: „Wir selbst können die mit Punktion zu erzielenden Erfolge ebenfalls bestätigen. Wir haben allerdings wie Schindler nur ganz frische, fiebernde oder schmerzhafte Epididymiden möglichst frühzeitig punktiert und sowohl bei einmaliger als auch bei mehrmals wiederholten Punktionen nie irgendwelche Komplikationen, aber stets eine sehr prompte Wirkung der skizzierten Art gesehen.“

Um aber dem Einwande Nobls die Spitze abzubreaken, veranlaßte Neisser in seiner Klinik, daß die Tunicae nicht durch Punktion entspannt würden, sondern durch Spaltung von außen, indem der kranke Nebenhoden dem Messer entgegen-

gedrängt wird und an der Cauda in einer Ausdehnung von 1 cm die Haut und die Tunica propria durchtrennt werden. Die kleine Wunde wird mit Jodtinktur gepinselt und mit Zinkpflaster bedeckt. Bruck berichtet, daß die Erfolge ebenso günstig wie nach der Punktion seien. Eine Literatur über die Abänderung meiner Punktionsmethode hat sich nicht entwickelt, und ich selbst habe keine Erfahrungen über diese Spaltung der Tunicae von außen, weil ich sie niemals versucht habe; denn ich halte eine Punktion, weil sie blitzschnell auszuführen ist für schmerzloser und auch leichter ausführbar, während man eine Inzision der Tunicae durch die Haut doch sehr sorgfältig und daher nur langsam vornehmen kann, wenn man wirklich nur die Tunicae durchtrennen will, ohne den Nebenhoden selbst mit zu verletzen. Auch ist es mir nicht sympathisch, eine offene Wunde zu setzen, wenn ich sie vermeiden kann. Bruck selbst hat ja auch eigentlich zugegeben, daß der Einwand Nobls für die Klinik kaum in Betracht kommt und daß somit auch eine Änderung des Verfahrens nicht direkt notwendig ist.

Ich resümiere also: Die Behandlung der Epididymitis mit Punktion ist auch heute noch indiziert für die schweren Fälle, in denen bei starker Exsudation unerträgliche Schmerzen und hohes Fieber bestehen. Durch die Punktion (insbesondere durch die multiple) werden die Schmerzen und das Fieber sofort beseitigt. In den schweren Fällen kann die Punktion mit der (nunmehr zu besprechenden) aktiven Immunisierung mit Gonokokkenvakzine, wie ich an einem Paradigma gezeigt habe, vorteilhaft kombiniert werden.

Bevor wir uns der spezifischen Behandlung der Epididymitis durch die passive oder aktive Immunisierung zuwenden, muß der Injektion von elektrischen Kolloidmetallen in die entzündete Epididymis gedacht werden.

1911. P. Asch: Die Abortivbehandlung der gonorrhoeischen Epididymitis. Zeitschr. f. Urologie. V. Heft 2. Asch injiziert in den entzündeten Nebenhoden hinein 1—2 ccm des von Clin-Paris hergestellten Elektrargols.¹ Anfangs werden die schon bestehenden Spontanschmerzen noch vermehrt, jedoch verschwinden sie nach 12—24 Stunden, um einem Gefühl der Entspannung und Erleichterung Platz zu machen. In 15 von 18 Fällen genügte eine einzige Einspritzung, um den ganzen Prozeß zum Abtornieren zu bringen. Alle 18 Fälle sind ohne Bildung auch noch so kleiner Infiltrate abgeheilt. Die Epididymitis muß sich aber noch im Anfangsstadium befinden. Dann ist eine völlige Restitutio ad integrum sowohl in anatomischer als funktioneller Hinsicht verbürgt. Dieselbe tritt aber auch in weiter vorgeschrittenen Fällen von Epididymitis ein, wenn bereits starke Schwellungen bestehen und die Haut schon glänzend gespannt ist. Nur muß man in diesen Fällen die Elektrargoleinspritzung öfter wiederholen. Alsdann bleibt nichts von derben, schmerzhaften Infiltraten übrig. Die wenigen Fälle mit Fieber (5) zeigten nach der Elektrargolinjektion einen klinischen Abfall von 1—2°.

1912. Rohrbach: Über neuere Behandlungsmethoden gonorrhoeischer Komplikationen. Dermatologische Zeitschrift. XIX. Heft 1. Die Injektionen von Elektrargol in die Nebenhodensubstanz wurden in der Klingmüllerschen Klinik in Kiel von Rohrbach nachgeprüft, welcher die schönen Resultate von Asch jedoch nicht bestätigen konnte. Rohrbach injizierte ebenfalls 1,0—1,5 der Elektrargollösung in die Cauda des Nebenhodens. „Die Injektion ist in den meisten Fällen erklärlicherweise hochgradig schmerzhaft, indem der Druck und die Spannung der Tunicae durch das Exsudat noch durch das Volumen der injizierten Flüssigkeit erhöht werden. Die Schmerzen lassen dann aber mehr oder weniger nach einigen Stunden nach. In drei Fällen kam es zu Schmerzparoxysmen mit Erbrechen und kleinem frequenten Puls. Nach einer Stunde ging der Anfall, ohne nachteilige Folgen zu hinterlassen, vorüber. Das Fieber wurde durch das Elektrargol so gut wie gar nicht beeinflusst. Der kritische Temperaturabfall um 1—2°, den Asch beschreibt, wurde nicht beobachtet. Auch auf die Verkleinerung der Infiltrate wirkt das Elektrargol so gut wie gar nicht ein. Die Konsistenz des restierenden Infiltrates war sogar noch ausnahmslos vermehrt.“ Rohr-

¹ Das Elektrargol wird dadurch gewonnen, daß man in destilliertem Wasser einen elektrischen Funken von einer Silberplatte auf die andere überspringen läßt. Da nur Platten von sehr reinem Silber benutzt werden, so erhält man, im Gegensatz zum chemischen kolloidalen Silber (Collargol) ein von Verunreinigung freies, aus kleinsten ultramikroskopischen Partikeln bestehende Lösung kolloidalen Silbers, die nicht nur keimtötend, sondern auch katalytisch wirkt.

bach restümiert daher: „Wegen dieser Unsicherheit des Erfolges verwenden wir das Elektrargol nur noch ausnahmsweise, zumal da eine Elektrargolinjektion in das ohnehin hochgradig gespannte und schmerzhaftes Organ für den Patienten einen schwer erträglichen Eingriff darstellt. Einen solchen kann man aber dem Patienten nicht zumuten, wenn man nicht auch einen prompten sicheren Erfolg damit verbinden kann. Aus dem gleichen Grunde haben wir auch von einer Wiederholung der Injektion in den meisten Fällen Abstand genommen, zumal da die zweite Injektion zuweilen eine akute Zunahme der entzündlichen Anschwellung hervorruft, die nicht immer rasch vorübergeht.“

1912. E. Brändle: Über eine neue Behandlungsart der Epididymitis und Arthritis gonorrhoea. Mediz. Klinik. Nr. 11. Hingegen wandte Brändle im Allerheiligen-Hospital in Breslau das Elektrargol nur intramuskulär in die Glutaeen an und erzielte mit dieser Anwendungsweise bessere Resultate. Die intramuskulären Injektionen sind schmerzlos und können jeden 2. bis 3. Tag in hartnäckigen Fällen wiederholt werden. Es wurden jedesmal 10 ccm intramuskulär injiziert. Es trat danach ein deutlicher Temperaturabfall ein, auch verminderten sich schon nach wenigen Stunden die spontanen Schmerzen und das lästige Spannungsgefühl. Jedoch nur in akuten Fällen, nicht aber bei chronischen. Nur selten wurde, wenn die intramuskulären Injektionen nicht genügend wirkten, einmal 1 ccm Elektrargol in die Nebenhoden selbst injiziert. Dieser Eingriff war nur mäßig schmerzhaft. Die Schwellung des Nebenhodens ging in den meisten Fällen deutlich zurück, in einigen vollkommen.

1911. Gennerich (Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 11) wandte das Elektrargol nur subkutan an und zwar nicht bei Epididymitis, sondern bei Arthritis, Pyelitis, Prostatitis und fieberhafter Urethritis posterior. Auch er berichtet über gute Erfolge. Nach subkutaner Injektion beobachtete auch er einen deutlich prompten Abfall des bestehenden Fiebers.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Pellidol und Azodolen** (Kalle & Co. A.-G. Biebrich) **zur Behandlung der Ekzeme bei exsudativer Diathese**, von Bantlin. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 19.)

Den wirksamen Bestandteil des Scharlachrots, das Amidoazotoluol, ließ Verf. zu einem in Fett und Öl löslichen Präparat verarbeiten, das unter dem Namen Pellidol in den Handel kommt. Außerdem wurde eine Verbindung dieses Präparats mit Jodeiweiß als Amidoazodolen hergestellt. Die 2—4%igen Salben bewirkten bei Intertrigo und anderen Ekzemen schnelle Epithelisierung. Unter den 20 mit Erfolg behandelten Fällen befanden sich trockene, nässende, krustöse und schuppige Formen. Von den Patienten wurde besonders die juckenlindernde Wirkung angenehm empfunden.

J.

- 2) **Peli del mento con una glandola sebacea al loro interno**, per S. Giovanni. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 3.)

Acht menschliche Barthaare wiesen verschiedene merkwürdige Befunde auf. Eines zeigt eine Zweiteilung an der Basis des Bulbus, ein anderes hat einen M. arrector, der bei Barthaaren gewöhnlich fehlt. Am seltsamsten ist jedoch der Einschluß von ein- bis dreilappigen Talgdrüsen in die Substanz des Haares, die 7mal sogar einen äußeren Ausführungsgang besitzen. Mit ihrem unteren Ende reicht die Drüse bis zum Fundus des Follikels oder zum Papillenhals. Die Gänge enden blind in der inneren Wurzelscheide oder am Rande dieser Scheide (5mal). Die Gänge enthalten meist Talgdrüsensekret. Nur durch die Länge und Feinheit ihrer Ausführungsgänge unterscheiden sich diese Drüsen von normalen Haartalgdrüsen. Diesen Talgdrüsen entsprechend

haben die Haare an ihrer Oberfläche häufig eine Rinne, die sich zuweilen auf den bulbären Teil beschränkt, zuweilen aber auch kontinuierlich oder diskontinuierlich sich nach oben fortsetzt. Die Cuticulazellen unterliegen im Bereiche der Rinne zuweilen nicht der Verhornung. Die innere Wurzelscheide hat außer der Rinne, die der des Haares entspricht, nicht selten noch längs des Drüsenganges einen richtigen Spalt. Dreyer-Cöln.

3) **Beitrag zu den anatomisch-pathologischen Veränderungen in der gesunden Haut, welche durch Einwirkung des Schwefels hervorgerufen wurden,** von Kopytowski. (Przegląd chorób. sk. i wener. 1912. H. 7—9.)

Untersuchungsmaterial: die gesunde Skrotalhaut des Menschen, gereizt mit 10,25 und 50% iger Schwefelsalbe, Schwefelmilch, manchmal mit reinem Schwefelpulver. Die mikroskopischen Untersuchungen der exzidierten Hautpräparate belehren, daß Schwefel einen Entzündungszustand hervorruft. Diese Entzündung konzentriert sich vorwiegend in dem Stratum papillare und den oberen Teilen der Cutis selbst, wobei Veränderungen der Gefäße hervorgerufen werden: Erweiterung, Quellung und ungewöhnliches Wachstum des Gefäßendothels, welches schon in frühzeitigen Stadien der Schwefeleinwirkung auf die Haut sehr deutlich hervortritt. Die vergrößerten Endothelzellen dringen in die Epidermisschicht mit dem Pigment ein. Damit geht auch gleichzeitig gesteigertes Wachstum der Hornschicht einher, welche, ohne sämtliche zur vollständigen Verhornung notwendigen Stadien durchzumachen, sich unter dem Bilde unvollkommen verhornter, schwach miteinander verbundener Hornschichten darstellt. Charakteristisch ist auch das Verhalten der Leukozyten: Schwefel wirkt schwach chemotaktisch; seröse oder eitrige Transsudate in der Epidermisschicht, wie das bei anderen chemischen Präparaten der Fall ist, wenn sie auf die Haut einwirken, ruft Schwefel nicht hervor. Die Leukozytose ist auch sehr gering, wobei ihr in viel höherem Grade die einkernigen, als vielkernigen Leukozyten unterliegen. Kurz: die Wirkung des Schwefels ist mehr produktiv. Ob diese Wirkung auf Reduktion der Gewebe, d. i. auf Oxydation des Schwefels auf Kosten des Sauerstoffs der Gewebe bei Bildung des Schwefelwasserstoffs beruht (Unna), ist selbstverständlich durch histologische Untersuchungen nicht zu entscheiden. Baschkopf-Krakau.

4) **Ist es möglich, arsenvergiftete Tiere durch subkutan verabreichtes Magnesium sulfuricum zu retten?** von D. Sieber. (Arch. internat. d. Pharmacodyn. u. Therap. XXII. 1912. Fasc. 3 u. 4.)

Um neben den bekannten Maßnahmen ein weiteres Heilverfahren bei medizinischen Arsenvergiftungen zu finden, behandelte Verf. mit hohen Arsen-dosen vergiftete Kaninchen mit Magnesium sulfuricum. Die tödliche Arsenmenge betrug per os 14 mg pro Kilogramm Gewicht des Tieres, subkutan eingeführt 7 mg pro Kilogramm. Tödlich vergiftete Tiere wurden durch 0,25—0,5 g Magnesium sulfuricum pro Kilogramm gerettet, kleinere Dosen wirkten unsicher, 1 g toxisch. Tiere, welche die einfache tödliche Menge oder etwas mehr Liquor arsen. per os erhalten hatten, waren durch passende, subkutan einverleibte Gaben von Magnesium sulfuricum zu retten, unrettbar aber waren intravenös mit Arsen vergiftete Tiere. Hieraus ergibt sich, daß das Magnesium nur Erfolg hat, wenn das Arsen noch nicht in Kreislauf und Zellen gedrungen ist. Wahrscheinlich wirkt das Magnesium sulfuricum dadurch, daß es den Eintritt des Arsens in den Blutkreislauf verzögert durch die Bildung schwer löslicher Magnesium-Arsenverbindungen. Therapeutisch sind diese Ergebnisse dahin zu verwerten, daß bei schnell nach der Vergiftung zur Behandlung

kommenden Fällen neben Magenausspülungen und Antidoten die subkutane Injektion von Magnesium zu Hilfe zu nehmen ist. J.

Entzündliche Dermatosen.

5) Über *Keratosis spinulosa* (*Lichen spinulosus Crocker*), von S. C. Beck. (Dermatolog. Wochenschrift. LV. Nr. 48.)

Der *Lichen spinulosus Crocker* wird treffender *Keratosis spinulosa* genannt. Die Erkrankung stellt sich in Form von kleinen, 1—2 mm langen, über das Hautniveau erhabenen Hornstacheln dar, welche der Haut beim Darüberstreichen eine reibeisenähnliche Rauheit verschafft. Die Stacheln treten ausschließlich bei jungen Individuen auf und entwickeln sich ohne wahrnehmbare entzündliche Erscheinungen. Sie lokalisieren sich mit Vorliebe an der seitlichen Haargrenze des Nackens, an den Schultern und um die *Regio scapularis*, wo sie pfennig- bis dreimarkstückgroße Plaques bilden, können aber ausnahmsweise auch an beliebigen anderen Stellen der Haut vorkommen. Die Basis der Hornstacheln wird manchmal von einer normal gefärbten oder hellrosaroten miliaren Papel gebildet. Histologisch ist die Erkrankung durch eine übermäßige Hornbildung gekennzeichnet, welche hauptsächlich intrafollikulär auftritt; dabei nimmt aber auch der intraepidermale Abschnitt der Schweißdrüsenausführungsgänge und selbst das Keratin der intrafollikulären Epidermis an der Hornstachelbildung teil. Neben der stachelförmigen Wucherung bilden sich aber auch Hornzapfen, welche intrafollikulär oder interporal in die Tiefe der Haut dringen. Um diese Hornzapfen kann durch den auf die Gefäße und die zelligen Elemente der Cutis ausgeübten Reiz eine mehr oder minder ausgesprochene Entzündung auftreten. Die pathologische Hornbildung tritt teils in Form einer Hyperkeratose, teils als Parakeratose auf, doch bildet die letztere keine besonders charakteristische Eigenschaft der Erkrankung und kann in manchen Fällen sogar ganz fehlen. Haare und Talgdrüsen gehen in den befallenen Follikeln vollkommen zugrunde, die Knäuel der Schweißdrüsen leiden hingegen nicht von der Erkrankung. Die Krankheit heilt spontan, zumeist stellt sich völlige *Restitutio ad integrum* ein; manchmal bleiben kleine atrophische Flecke zurück.

Schourp-Danzig.

6) *Dermatosi croniche distrofiche a tipo di epidermolisi bollosa*, per Cappelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 5.)

Unter drei vom Verf. besprochenen Fällen beginnt der erste als typische traumatische *Epidermolysis bullosa* an den Händen und Vorderarmen, wo nach geringen Traumen Blasen mit hämorrhagischem Serum erscheinen, die dann auf die obere Hälfte des Stammes, besonders auf Schultern, Brustwarzen und Lenden übergriffen, dort durch einfaches Streichen hervorgerufen wurden und leichte, weißlich atrophische Narben sowie zahlreiche milienartige Stellen hinterließen. Mund und untere Körperhälfte blieben stets verschont. Auch waren durch Traumen hier keine Blasen zu erzielen. Jucken ging dem Ausbruch der Blasen voraus. Haut und Nervensystem waren im übrigen völlig normal bei der 60 jährigen Frau. Die Blase beruht, wie das histologische Bild zeigt, auf einer serösen Entzündung. Die obere und mittlere Cutis sind stark ödematös, die elastischen Fasern dort fragmentiert, die Bindegewebsfibrillen mazeriert. Diese Veränderungen sind auch dort an der Haut vorhanden, wo Blasen noch nicht aufgetreten sind. Verf. schwankt in der Diagnose zwischen Pemphigus und traumatischer bullöser *Epidermolysis*. In den beiden anderen Fällen des Verf.'s handelt es sich um eine familiäre

Dermatose, die einmal angeboren, in dem anderen Fall wenige Jahre nach der Geburt aufgetreten war. Hämorrhagischseröse, später eitrig werdende Blasen treten auf geröteter und etwas verdickter Haut auf, entwickeln sich langsam und lassen zahlreiche Milien auf geröteten Flecken zurück und viele atrophisch sklerosierte Narben. Trotz langer Dauer der Krankheit war weder eine Tendenz zur Heilung noch andererseits eine Störung des Allgemeinbefindens vorhanden. Papulöse lichenartige Knötchen begleiteten in einem Falle das Krankheitsbild, in dem anderen ausgesprochene Nageldystrophien. Histologisch erwiesen sich die Blasen zwischen Epidermis und Cutis eingelagert, mit starken Veränderungen in beiden Hautteilen (Verschwinden der Papillen und interpapillären Zapfen, Zerfallserscheinungen im elastischen und fibrillären Bindegewebe). Durch diesen Zerfallsprozeß entstehen erst sekundär die Blasen. In sämtlichen 3 Fällen nimmt Verf. trotz des Mangels klinischer und anatomischer Beweise an, daß die Ursache dieser Prozesse im Bindegewebe eine nervöse ist. Dreyer-Cöln.

- 7) **Trichloroacetic acid as a keratolytic in seborrhoeic keratosis**, by D. W. Montgomery and G. D. Culver. (American Journ. of cutan Dis. 1912. September.)

Neben Röntgenstrahlen, Elektrolyse, Fulguration und Kohlensäureschnee empfiehlt Verf. Trichloressigsäure als vorzügliches Mittel bei seborrhöischen Keratosen. Krusten sollen zuvor mit der Curette entfernt, starke, keratolytisch wirkende Lösungen bevorzugt werden. Nach der Applikation des Ätzmittels soll mit Wasser gekühlt werden, bis das Brennen nachläßt. J.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 8) **Über einen Fall von Trapeziuslähmung mit einseitiger Sklerodermie**, von H. Devaranne. (Inaug.-Dissert. Berlin 1912.)

Bei einer 34jährigen Frau, die infolge in frühester Jugend erworbener traumatischer Accessoriuslähmung eine Atrophie des rechten Trapezius davongetragen hat, besteht über dem gelähmten Muskel eine zirkumskripte Sklerodermie. Die Ursache der Erkrankung sieht Verf. in diesem Fall in dem dauernden Zustande der Spannung und des Druckes, dem die Haut durch den Schwund des erwähnten Muskels ausgesetzt ist. Lilienstein-Hamburg.

- 9) **Sulla follicolite atrofizzante**, per L. Martinotti. (Gazz. internat. di Medic., Chirurg., Igien. 1912. Nr. 10.)

Verf. beschreibt das Ulerythema sycosiforme, eine papulöse, zu Sklerosen, oft auch zu Pusteln führende Folliculitis, die atrophische Hautnarben und meist völlige Haarlosigkeit an den erkrankten Stellen hinterläßt. Der hier berichtete Fall betraf einen kräftigen, sonst gesunden Bauern, der bereits im 12. Lebensjahre kleine Papeln an den Augenbrauen und den Fibrillen der Nase bemerkte. Mit 24 Jahren trat nach einer scheinbaren Heilung ein neuer stärkerer Ausbruch auf, der sich bis zu ungewöhnlicher Ausbreitung verschlimmerte. Jetzt, mit 40 Jahren, zeigt der Pat. im Gesicht, unter den Achseln, an Rumpf und unteren Extremitäten miliare gerötete Papeln oder mit gelblichem Eiter gefüllte kleine Pusteln. Mikroskopisch wurden im Eiter Staphylokokken beobachtet, und festgestellt, daß die Haare mit ihren Scheiden ausfielen. Verf. reiht die Affektion, die er Folliculitis atrophicans benennt, der Folliculitis decalvans an. Therapeutisch war wenig zu bessern, allenfalls wirkten lokale Quecksilberapplikationen günstig. J.

Parasitäre Dermatosen.

- 10) **Schweinerotlauf beim Menschen. Gleichzeitig ein Beitrag zur Erysipeloidfrage**, von G. Günther. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Unzweifelhafte Fälle von Infektion durch Schweinerotlaufserum zeigten dasselbe klinische Bild wie das Erysipeloid: In der Umgebung der verletzten Stelle war die Haut mäßig geschwollen und blaurot verfärbt; die Verfärbung grenzte sich gegen das Gesunde mit einem vorn intensiven blauroten scharfen Saume ab. Sowohl bei diesen Fällen, als bei anderen, bei denen die Diagnose ursprünglich auf Erysipeloid gestellt worden war, wirkte die Injektion von etwa 12 ccm Rotlaufserum in kurzer Zeit heilend. Verf. spricht die Vermutung aus, daß auch das Erysipeloid durch den Bacillus des Schweinerotlaufs verursacht werde.

Amende-Bamberg.

- 11) **Ein Fall von Schweinerotlauf beim Menschen, behandelt mit Rotlaufserum**, von J. Voss. (Med. Klinik. 1912. Nr. 47.)

Die bei einem Tierarzt aufgetretene Rotlaufinfektion der rechten Hand trotzte der äußerlichen antiseptischen Behandlung und heilte prompt nach einer Injektion von Rotlaufserum.

Biberstein-Gleiwitz.

- 12) **Die Behandlung des äußeren Milzbrandes**, von B. Pericic. (Med. Klinik. 1912. Nr. 34.)

Nach einer Übersicht über die verschiedenen Behandlungsverfahren beim Milzbrand tritt Verf. auf Grund seiner Beobachtungen an 45 Fällen von äußerem Milzbrand mit 4,4% Mortalität auf das entschiedenste für die konservative Behandlung der Affektion ein mittels Umschlägen von Sublimat- oder Burowscher Lösung und gelegentlicher Chiningaben. Nur im Falle der Lokalisation am Augenlid sind Entspannungsschnitte zur Verhinderung der regelmäßig eintretenden Lidgangrän und nachfolgender Indikation plastischer Operationen angebracht. Dagegen ist die prinzipielle chirurgische Behandlung als Kunstfehler zu betrachten.

Biberstein-Gleiwitz.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 13) **Über die Behandlung der Hauttuberkulose**, von Doutrelepoint. (Samml. zwangl. Abhandl., herausgeg. von Jadassohn. H. 6. Halle, Marhold, 1912. 1,20 Mk.)

Es gibt wohl wenige Ärzte, die eine so große Erfahrung auf diesem Spezialgebiete haben, wie der Verf. Daher kann das Studium dieser ausgezeichneten, den heutigen Stand unserer Lupustherapie wiedergebenden Arbeit auf das wärmste empfohlen werden.

J.

- 14) **Per l'istologia e la batteriologia del tubercolo anatomico**, per C. Ghezzi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 4.)

Verf. beschreibt 3 Fälle von Leichentuberkeln an den Händen eines Laboratoriumsdieners und zweier Professoren. Sie zeigen übereinstimmend eine Verdickung des Stratum corneum, ein mehr oder weniger vollständiges Verschwinden der Körnerschicht im Bereich des Tuberkels, eine Infiltration des Rete Malpighii, namentlich im Stratum cylindricum, weiter einmal eine Hypertrophie des Rete Malpighii mit Bildung von Hornkugeln daselbst, Verlängerung der Retezapfen mit kleinen Abszeßbildungen in denselben, Infiltration der Cutis unter diesen verlängerten Zapfen und einmal einen vereinzelter Tuberkelbacillus. In einem Falle befanden sich die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen im Infiltrate. Die Infiltrate wiesen verschiedene Stadien tuber-

kulöser Infiltrate auf, einmal auch Verkäsung. In 2 Fällen wurden Knötchenteile auf Meerschweinchen übertragen mit dem Erfolge tuberkulöser Erkrankung der Tiere. Verf. hält den Leichentuberkel für eine durch Virulenz- und Terrainunterschiede bedingte Stufe der verrukösen Hauttuberkulose. Dreyer-Cöln.

- 15) **Noch einmal über das weitere Schicksal der mit den Fäzes entleerten Leprabazillen.** Ein Nachtrag von C. Boeck. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 41.)

Die in großer Menge mit den Fäzes entleerten Leprabazillen stammen aus den Ulzerationen im Mund, Schlund und Kehlkopf Lepröser und sind nach mehr wie einem halben Jahre nach der Entleerung ebenso zahlreich und gut färbbar nachzuweisen wie früher. Es ist daher eine Desinfektion der Fäzes von höchster Bedeutung.

Schourp-Danzig.

- 16) **Modulo leproso della cornea,** per Pasini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 4.)

Bei einem seit 20 Jahren an tuberöser Lepra leidenden Manne bildete sich seit 3 Monaten ein flacher, linsengroßer Knoten am äußeren Kornealrand des linken Auges. Von der stark injizierten Konjunktiva laufen mehrere Blutgefäße in das Knötchen hinein. Außer leichtem Tränen und starker Beeinträchtigung des Sehens bestehen keine Beschwerden. Histologisch finden sich eine leichte ungleichmäßige Epithelverdickung, neutrophile Leukozyten und einige kleine einkernige Zellen, einzeln und in Haufen liegende zahlreiche Hansensche Bazillen zwischen und in den Zellen. Besonders typische Leprazellen sind im Stratum proprium der Kornea vorhanden. Die Kornealamellen und -fasern sind auseinandergezogen, und zwischen ihnen liegen die Leprazellen.

Dreyer-Cöln.

- 17) **Heredity of leprosy,** by A. Hansen. (Lepra. Biblioth. internat. XII. 1912. Fasc. 3.)

Nach seinen reichen Erfahrungen negiert Verf. aufs entschiedenste die Heredität der Lepra. Er hat in Norwegen bei den Sprößlingen lepröser Eltern niemals Degenerationsanzeichen beobachtet. Ob Ansteckungen in den Familien lepröser Personen vorkommen, wenn keine Isolierung erfolgt, ist natürlich eine andere Frage, die oft zu bejahen wäre.

J.

- 18) **Immunity,** by D. H. Currie and M. T. Clegg. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1912. Fasc. 1.)

Nach der Bordet-Gengouschen Methode konnten von den Verff. die Leprabazillen nicht von anderen säurefesten Mikroorganismen unterschieden werden. Extrakte gewisser säurefester Bazillen, welche keine Leprabazillen waren, lenkten bei Kombination mit leprösem Serum das Komplement ab. Bei Injektion eines Pferdes mit Leprabazillenkulturen erhielt man ein spezifisches Agglutissin.

J.

- 19) **La séro-réaction de Wassermann chez les lapins inoculés de lèpre à la chambre antérieure de l'oeil,** par A. Serra. (Lepra. Biblioth. internat. XII. 1912. Fasc. 3.)

Die ausführlichen Untersuchungen ergaben, daß der Bacillus, den Verf. aus menschlichen Lepromen isolierte, mit Sicherheit als Leprabacillus anzuerkennen ist, und daß die Knoten, die er mit Einimpfung von Leprabazillen oder Leprometeilchen im Kaninchenauge erzeugte, typische lepröse Eruptionen darstellten.

J.

Gonorrhoe.

- 20) **Ein schwerer Fall von gonorrhöischer Gelenksentzündung**, von v. Tamassy. (Pester med.-chir. Presse. 1913. Nr. 1.)

Der 27jährige Patient hatte im Anschluß an eine Gonorrhoe eine schwere Arthritis gonorrh. des rechten Kniegelenks, bei der während 6 Wochen hohes Fieber bestand und typische Gonokokken nachgewiesen wurden. Bemerkenswert war, daß, entgegen den Aufzeichnungen der Literatur, keinerlei Herzveränderungen bestanden, wie sie bei derartig schweren Fällen fast stets beobachtet wurden. Bei der Schwere des Krankheitsbildes, bei dem etwa durch 3 Wochen hindurch auffallend hohes Fieber bestand, das Allgemeinbefinden stark mitergriffen war und bei dem nach Verschwinden des Fiebers sich Ohrenscherzen einstellten, wurde auch an Abdominaltyphus gedacht, jedoch ein Anhaltspunkt dafür nicht gefunden. Verf. bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen gonorrhöischer Sepsis und Typhus und weist darauf hin, daß man bei solch schweren Fällen von gonorrhöischer Arthritis an Typhus denken müsse, ja sogar an eine Kombination beider Prozesse, wie 2 Fälle Dieulafoys, die einzigen in der Literatur, bewiesen. Schumacher-Berlin.

- 21) **Canali parauretrali. Parauretriti e nodi parauretrali**, per de Napoli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 4.)

3 Fälle von Gonorrhoe in paraurethralen Gängen, von denen zwei im Sulcus balano-praeputialis lagen, während der dritte parallel der Harnröhre über derselben in 4 cm Länge verlief. Die beiden ersteren Fälle waren mit einer Leistendrüsenschwellung verbunden, die bei der Gonorrhoe seltener vorkommt und vielleicht auf die Entzündung dieser Kanäle zurückzuführen war. Die Differentialdiagnose der Paraurethritis gonorrhöica gegenüber der Periurethritis wird eingehend erörtert, der ventrale Sitz der letzteren, ihr Erscheinen um die 3.—4. Krankheitswoche hervorgehoben. Die bekannten Methoden zur Heilung und Entfernung der paraurethralen Gänge werden aufgeführt.

Dreyer-Cöln.

- 22) **Die Funktion des Frenulum praeputii und ihre Bedeutung für die Infektionen der Urethra**. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 49.)

Das bei der Erektion angespannte Frenulum übt einen Zug aus auf beide Lippen des Orificium urethrae, der einen festeren Verschuß der Urethralöffnung bewirkt und gleichzeitig diese etwas nach unten verlegt. Dadurch wird die Harnröhre vor dem Eindringen von Bakterien geschützt, zum mindesten aber wird eine Infektion bedeutend erschwert; bei der Ejakulation spritzt infolge des festeren Verschlusses der Harnröhrenöffnung der Samen durch die verschmälerte Öffnung mit größerer Kraft als aus der weithin klaffenden Urethra; der Strahl wird dünner, schmaler und deshalb stärker. Schourp-Danzig.

- 23) **L'azione dei sieri e dei vaccini antigonococcici nella cura della blenorragia**, per Burzi. (Giorn. ital. della mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 5.)

Verf. hat die Seren aus dem sero-therapeutischen Institut in Mailand, aus dem Berner Institut und die Vakzinen von P. Davis, Wellcome, Bruck und Silberstein bei Gonorrhoe und ihren Komplikationen angewandt. Er erzielte in 50% sämtlicher behandelten Fälle Heilung, und zwar bei Gelenk- und anderen Organaffektionen, während die Schleimhautentzündungen gar nicht oder kaum beeinflußt wurden. Ein Unterschied in der Wirkung der Seren und Vakzinen wurde im allgemeinen nicht festgestellt, doch will Verf. die Seren mehr bei frischen Infektionen, im Anfang, die Vakzinen eher bei älteren Fällen, hinterher angewandt wissen.

Dreyer-Cöln.

- 24) **Erfolg und Ausblicke der Bakteriotherapie**, von A. Menzer. (Klin. therap. Wochenschrift. 1912. Nr. 35.)

Die auf den modernen bakteriologischen Grundsätzen beruhende Bakteriotherapie sucht durch Einführung von Gonokokkenvakzine eine Immunisierung des Organismus im Kampfe gegen die Gonokokken herbeizuführen. Die Behandlung, für die sich vornehmlich chronische Tripper eignen, besteht darin, daß etwa jeden 2.—3. Tag eine subkutane Injektion von Gonokokkenvakzine in Dosen von 5—10 Millionen Gonokokken vorgenommen wird. Je nach der Stärke der Reaktion sind die Injektionen in kürzeren oder längeren Abständen, in größerer oder kleinerer Dosierung zu wiederholen. Daneben werden auch die anderen bewährten Behandlungsmethoden angewandt. Die Erfolge dieser kombinierten Behandlung bei chronischen Gonorrhöen sind vorzüglich, da nach Angabe des Verf.'s dieselben in einigen Wochen restlos ausheilen. Auch die akuten Gonorrhöen werden dieser Behandlungsmethode unterzogen. Allerdings ist dabei das Auftreten von Komplikationen nicht ausgeschlossen. Verf. glaubt, daß die Vakzination berufen ist, einen Wandel in der Behandlung der Gonorrhoe anzubahnen.

Lilienstein-Hamburg.

Venerische Helkosen.

- 25) **Ein durch Autoinfektion entstandenes Ulcus molle am Finger**, von E. Brodfeld. (Med. Klinik. 1912. Nr. 28.)

Durch Übertragung des Eiters des Ulcus molle am Penis in eine Rißwunde des rechten Daumens entstand 10 Tage nach der Infektion am Penis das Daumenulcus und ein Achselhöhlenbubo.

Biberstein-Gleiwitz.

- 26) **Sull' ulcera venerea extragenitale, per Gravagna**. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 5.)

Bei einem 24jährigen masturbierenden Mann, der an weichen Schankern am Gliede leidet, tritt auch in der Gabel des linken Daumens ein 8 mm langes, 4 mm breites Geschwür auf, das durch sein klinisches Aussehen sowie durch den mikroskopischen und kulturellen Nachweis von Streptobazillen im Sekret und schließlich durch die gelungene Übertragung auf die Bauchhaut des Pat. als Ulcus molle charakterisiert wird.

Dreyer-Cöln.

Syphilis.

- 27) **Über molekular zerstäubtes Quecksilber bzw. Kontraluesin und Behandlung der Syphilis mittels des neuen Präparates**, von Ed. Richter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 39.)

Verf. gelang es, metallisches Quecksilber derartig in wäßrigen Lösungen fein zu verteilen, daß es nicht allein bis zu Korkengröße, sondern noch feiner verteilt werden kann, und zwar so fein, daß es stundenlang in einer Lösung von antiluetischer Qualität in Schwebe bleibt. Diesem molekular zerstäubten Quecksilber setzte Verf. nach einem besonderen Verfahren Sozjodol-Chinin-Salicylverbindungen und Arsen hinzu und gab der Lösung den Namen Kontraluesin. Sie vereinigt eine akut-antibakterielle, eine akut-antiluetische und eine chronisch-antiluetische Wirkung in sich, ist absolut ungiftig und wird intraglutäal injiziert. Es genügen zur Behandlung der Syphilis vier Injektionen, die ohne Nebenerscheinungen gut vertragen werden und prompte Heilung erwirken, wovon sich Ref. bei 70 Fällen selbst überzeugen konnte.

Schourp-Danzig.

- 28) **Zur Chemotherapie der Lues oculi**, von P. v. Szily. (Med. Klinik. 1912. Nr. 46.)

Die bisher berichteten Mißerfolge mit der Salvarsanbehandlung bei der Keratitis profunda dürften auf der ungenügenden und unzweckmäßigen Applikation des Mittels beruhen. Die systematische Behandlung von 15 positiv reagierenden Keratitis profunda-Fällen mit 4—6 mal in wöchentlichen Abständen wiederholten intravenösen Infusionen von je 0,6 Salvarsan zeitigte ausnahmslos überraschende Besserungen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 29) **Einige Bemerkungen über die Dosierung bei Quecksilberinjektionen**, von C. Cronquist. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H.1.)

Die Vorteile bei Anwendung der Injektionstherapie des Quecksilbers beruhen bekanntlich auf der genauen Dosierungsmöglichkeit. Man kann bei dieser Methode genau bestimmen, wieviel Hg man dem Körper einverleibt. Verf. macht nun auf gewisse Fehlerquellen bei der Beurteilung der einverlebten Hg-Mengen aufmerksam. Zunächst ist der Hg-Gehalt der verschiedenen Hg-Verbindungen ein sehr verschiedener, dazu kommt das niedrige spezifische Gewicht des Vehikels, so daß bei Injektion von 1 ccm der gesamten Mischung die Gewichtsmenge 1 g bei weitem nicht entspricht.

Lilienstein-Berlin.

- 30) **Sur une singulière récidence de syphilis: récidence ab initio**, par Audry. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 4.)

Ein Syphilitiker zeigt 3 Jahre nach seinem Schanker ein Rezidiv auf derselben Stelle mit Spirochäten und einer darauffolgenden Roseola. Das war keine Reinfektion oder Superinfektion, da Pat. seit 18 Monaten gänzlich gelähmt war und keinen geschlechtlichen Verkehr haben konnte. Früher hätte man von „Chancre redux“ gesprochen. Verf. bezeichnet die Erscheinung als „Recidive ab initio“.

Raff-Augsburg.

- 31) **De la réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis**, par Jeanselme et Vernes. (Paris Médical. 1912. März.)

Da es zwischen dem negativen und positiven Ausfall der Hämolyse bei der Wassermann-Reaktion zahlreiche Zwischenstufen gibt, welche einen Rückschluß auf die Virulenz der Krankheit gestatten, haben die Verff. eine Farbenskala hergestellt, welche gradatim von H_0 — H_8 den Ausfall der Reaktion bestimmen läßt und so sichere Anhaltspunkte über die Virulenz der Krankheit und die Wirkung der Behandlung ergibt. Es wurde wiederholt in kurzen Intervallen die Wassermann-Reaktion während der Behandlung angestellt und dadurch Kurven erhalten, welche wesentlich verschiedene Bilder aufweisen. Während z. B. bei einem Fall von 10jähriger, wenig virulenter Syphilis (die erste Reaktion ergab den Hämolysegrad H_5 — H_6), eine einzige intravenöse Injektion von 0,40 Salvarsan genügte, um einen monatelangen, negativen Ausfall der Reaktion zu bewirken, wurde bei anderen Fällen diese Wirkung erst nach drei kurz aufeinanderfolgenden Injektionen, und bei wieder anderen dies Ziel auch dann noch nicht, und auch nicht bei der klassischen Hg- und Jodbehandlung erreicht. Bei einigen Fällen von Meningenlokalisierung der Syphilis wurde der Wassermann trotz energischer Behandlung überhaupt nicht negativ, während die gleichzeitig angestellten Reaktionen des Lumbalpunktates nach Ravaut eine deutliche Besserung des Krankheitsprozesses ergaben. Die Verff. kommen zu dem Ergebnis, daß die Behandlung der Syphilis individuell nach dem Ausfall des wiederholten Wassermann einerseits und der Reaktion des Lumbalpunktats andererseits zu erfolgen habe und nicht verallgemeinert werden

könne. Ferner, daß ihre Farbenskala ein Mittel sei, im Vergleiche mit der Wassermann-Reaktion den Grad der Virulenz festzustellen und die objektiv nicht wahrnehmbaren Schwankungen der Krankheit zu verfolgen, bzw. ihren Rückfällen vorzubeugen. Die Herstellung der Farbenskala ist folgende: 1 ccm 1%iges Säurefuchsin wird mit 11 ccm gesättigter Pikrinsäure vermischt. Von dieser Mutterlösung wird 1 ccm auf 100 ccm destilliertem Wasser verdünnt. Von dieser verdünnten Lösung kommen auf vier gleiche, je mit 3 ccm destilliertem Wasser gefüllte Reagenzgläser, folgende Quantitäten: $H_0 = 0,1$; $H_1 = 0,3$; $H_2 = 0,6$; $H_3 = 1,5$; auf vier weitere wie oben erwähnte, mit 3 ccm destilliertem Wasser gefüllte Reagenzgläser kommt eine konzentrierte Lösung (1 ccm Mutterlösung zu 10 ccm destilliertem Wasser), und zwar wie folgt: $H_4 = 0,2$; $H_5 = 0,35$; $H_6 = 0,5$; $H_7 = 1,2$ und $H_8 = 2,00$. Die Gläschen werden alle noch mit 2 oder 3 Tropfen 40%igem Formol versehen, dann gut verschlossen und etiketiert. Es darf zur Herstellung der Lösungen nur destilliertes Wasser verwandt werden. Hellendall-Cöln.

32) Die Klinik der syphilitischen Aortenerkrankung, von Ed. Stadler. (Jena, Fischer, 1912. 3 Mk.)

Das Erscheinen der vorliegenden Monographie ist dankbar zu begrüßen, denn die syphilitische Aortitis stellt selbst in vorgeschrittenen Fällen ein dankbares Objekt für die Behandlung dar. Wenn wir auch keine absolute Heilung im Sinne einer restitutio ad integrum zu erzielen vermögen und auch bei völliger Vernarbung des Prozesses stets noch die Gefahr einer fortschreitenden Aortenerweiterung durch Dehnung des Narbengewebes vorhanden ist, so dürfen wir doch andererseits diese Gefahr nicht zu hoch anschlagen. Nachdem uns aber die neuen Untersuchungsmethoden die Diagnose der syphilitischen Aortenerkrankung in ihrem Beginne zu erkennen gestatten, wird auch zweifellos bei energischer Behandlung in den meisten Fällen ein Stillstand der Krankheit zu erzielen und das Auftreten der schweren Folgeerscheinungen zu verhüten sein.

J.

IV. Bibliographie.

S. Ehrmann, Vergleichend-diagnostischer Atlas der Hautkrankheiten und der Syphilide, einschließend die der Haut angrenzenden Schleimhäute. (Jena, Fischer, 1912. 50 Mk.) — Ein eigenartiges, epochales Werk hat uns der rühmlichst bekannte Verf. in der ihm eigenen Gründlichkeit beschert. In 29 Vorlesungen wird dem Arzte an der Hand von 312 farbigen Figuren auf 91 Tafeln und 191 schwarzen Abbildungen im Text die Diagnose der so komplizierten und doch scheinbar uniformen dermatologischen Krankheitsbilder erläutert. Die Einteilung des Stoffes ist eigenartig, gestattet aber dem Lehrtalent des Verf.'s den weitesten Spielraum und ist, wie ich glaube, von großem didaktischem Werte. Einzelne Kapitel, wie die solitären Erkrankungen der Nase und der angrenzenden Teile, pruriginöse Erkrankungen mit Sekundärinfektion u. a., liefern für Lehrende und Lernende eine Fülle von Anregung und sind Muster klassischer Darstellungskunst.

J.

E. Kromayer, Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. (4. verbesserte Auflage. Mit 31 Abbildungen im Text. Jena, Gustav Fischer, 1912. 3,60 Mk.) — Obgleich schon eine ganze Anzahl ähnlicher Bücher auf dem Markt ist, so beweist doch die Tatsache der vierten Auflage, daß diese Schrift ihre Berechtigung hat. Der praktisch sehr erfahrene Verf. führt in kurzen Zügen die für die Praxis wissenswerten Tatsachen aus der Dermatologie und Venerologie vor. Die besondere Betonung der Therapie und eine umfangreiche Rezeptsammlung machen das Büchlein für den praktischen Arzt äußerst brauchbar.

C. Siebert-Charlottenburg.

V. Therapeutische Notizen.

Acne:

- 1) Rez. Sulfur. praec. 20,0
Schleichsche Marmorseife 200,0
S. Zweimal täglich zu waschen.
(M. Oppenheim, Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1912. H. 9.)

J.

Ekzema seborrhoicum:

- Rez. Liq. carb. det. 2,0
Boracis 1,0
2) Acid. salicyl. 0,1
Glycerin. 10,0
Aq. dest. ad 100,0
(Veiel.)

J.

Psoriasis:

- Rez. Acid. arsenicos. 0,1
3) Piper. nigr.
Sach. lact. ana 3,0
Lanolin. 3,5
f. pil. Nr. 100.

Davon 3 Pillen tgl., jeden 3. Tag um eine Pille
aufsteigend bis zu 15 Pillen tgl., dann allmählich
absteigend. (Lang.)

J.

VI. Vereinsberichte.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. November 1912.

Fischel demonstriert einen 70jährigen Patienten mit hochgradiger Arteriosklerose und idiopathischen multiplen hämorrhagischen Hautsarkomen, die sich sehr schnell entwickelt haben, ohne das Allgemeinbefinden zu alterieren; Anhaltspunkte für das Vorhandensein von inneren Metastasen liegen nicht vor; die mikroskopische Untersuchung ergibt Spindelzellensarkom mit teilweiser Vakuolenbildung und Schwund der elastischen Fasern; ferner einen Fall von Leukatrophie cutanée Fournier aufluetischer Basis, nebenbei liegt Tuberkulose vor.

Saalfeld stellt vor 1. einen Fall von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, 2. 2 Fälle von Lymphangioendothelioma tuberosum multiplex, welche letztere bereits 10–20 Jahre bestehen.

In der Diskussion wird bemerkt, daß es sich bei dem ersten Falle möglicherweise um eine Urticaria chronica pigmentosa handelt.

M. Friedländer demonstriert 1. einen Fall von Atrophia maculosa cutis auf der Basis früherer Lues; 2. einen Patienten mit pustulösem Syphilid, das mit Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens auftrat und deshalb stark an Variolois erinnerte.

In der Diskussion zu dem ersten Falle glaubt F. Lesser unter Demonstration mikroskopischer Präparate, die eine langsam entwickelte entzündliche Infiltration mit nachfolgender Atrophie, Schwund der elastischen Fasern usw. zeigen, daß es sich um die sogen. Anethodermia erythematosa Jadassohn handelt, zumal Wassermann negativ ist

Saalfeld zeigt am Projektionsapparat mikroskopische Präparate der vorgestellten Fälle von Hämangioendotheliom und Lymphangioendotheliom.

Sitzung vom 10. Dezember 1912.

Blumenthal demonstriert 1. eine 52jährige Frau mit einer an der rechten Hand, einschließlich der Nägel, lokalisierten Psoriasis; charakteristisch ist das späte

Auftreten und das Freibleiben des ganzen Körpers; 2. eine 27jährige Frau mit *Erythema induratum Bazin*; die Knoten finden sich subkutan am rechten Arm, einer an den Nates; Pirquet ist positiv.

Löhe berichtet über einen 23jährigen kräftigen Patienten mit *Lues II*, bei welchem einen Tag nach intravenöser Infusion von 0,4 Altsalvarsan heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, Temperaturen von über 40° und Bewußtlosigkeit eintraten; eine subkutane und eine Mastdarm-Kochsalzeinspritzung von 500 ccm brachten keinen vollen Erfolg, erst eine intravenöse Wiederholung derselben führte *Restitutio ad integrum* herbei. Zwei ähnlich verlaufene Fälle aus der Literatur illustrieren die Wichtigkeit der intravenösen Kochsalzinfusion bei diesen Folgezuständen der Salvarsanbehandlung.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß es sich in diesen Fällen wohl um Schwellungszustände im Gehirn, als Ausdruck der Herxheimer-Reaktion, handeln dürfte; diese Zustände können dann leicht in *Encephalitis haemorrhagica* übergehen, wie sie wiederholt beobachtet ist; charakteristisch ist das Auftreten mehrere Tage nach der Infusion.

Chajes demonstriert einen Knaben mit durch *Trichophyton gipseum asteroides* erzeugter *Kopftrichophytie*; der Patient ist vor einem Jahre vorgestellt worden, die Affektion ist jetzt mit zahlreichen Narben abgeheilt.

Fritz Lesser: Zur Verfeinerung der Wassermann-Reaktion und Vermeidung divergenter Resultate. Ein großer Mißstand bei der Wassermann-Reaktion sind die divergierenden Resultate bei der Untersuchung derselben Sera seitens verschiedener Untersucher; es empfiehlt sich, dem Untersucher die Anamnese zu verschweigen, ferner das Resultat „schwach positiv“ durch „unsicher“ zu ersetzen. Partielle Hemmungen müssen besonders genau kontrolliert werden; das Vorhandensein von nicht spezifischen komplementbindenden Substanzen beeinflußt häufig das Resultat; die wichtigsten Verfeinerungsmittel sind Kontrolle der normalen Ambozeptorlösung und aktive Serumkontrolle, die stets vorzunehmen ist.

In der Diskussion betont Kromayer die Wichtigkeit der Mengenverhältnisse der einzelnen Ingredienzien für den Ausfall der Reaktion; nach seinen Erfahrungen enthält das Meerschweinenserum sehr verschiedene Mengen von Komplement, deshalb muß dieses bei jeder Untersuchung austitriert werden. Pinkus hat bei gleicher Fütterung immer bezüglich des Komplementgehaltes gleichartiges Serum von Meerschweinchen bekommen. Ledermann empfiehlt, in zweifelhaften Fällen verstärkte Serummengen zu verwenden, ein Verfahren, das häufig genauere Resultate ergibt.

Paul Cohn-Berlin.

VII. Vermischtes.

In Straßburg i/E. ist am Sonntag, den 15. Dezember 1912, eine Dermatologische Gesellschaft gegründet worden, die den Zweck hat, wissenschaftliche Bestrebungen auf dermatologisch syphilidologischen sowie verwandten Gebieten durch Demonstrationen, Mitteilungen und Vorträge zu fördern und kollegiale Beziehungen unter ihren Mitgliedern anzuregen und zu fördern. Die Geschäfte der Gesellschaft werden durch einen Vorstand geregelt, der aus folgenden Herren besteht: Prof. Wolff, Vorsitzender, Prof. Adrian, stellvertretender Vorsitzender, Dr. Mulzer, Schriftführer, Dr. Oppenheimer, Kassensführer, Dr. Hügel und Dr. Gunsett, Beisitzende. Nach der Konstituierung der Gesellschaft fand eine Demonstration von etwa 40 seltenen Hautfällen statt, an die sich eine rege Diskussion anschloß.

VIII. Personalien.

Nobl und Weidenfeld in Wien wurde der Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Am 6. Januar verstarb der bekannte Röntgenologe Privatdozent Dr. Frank Schultz.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTMIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1913.

März.

Nr. 6.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Teilweises Ergrauen der Haare nach Trauma, von Dr. Franz Fischer. 2) Über Jodipindarreicherung, von Dr. Edmund Hoefler.

II. Therapeutische Revue. Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in der Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von Dr. Carl Schindler. (Fortsetzung.)

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Steinkohlenteer in der Dermatologie, von Rygier und Müller. 2) The dry treatment of certain moist dermatoses, by Ch. H. White. 3) Zur Methodik der Röntgentherapie, von H. Ritter. 4) Über Veränderungen der Achselweißdrüsen während der Gravidität, von Waelisch. 5) Die kombinierte May-Giemsa-Essigsäure-Färbungsmethode als ätiologische Universalübersichtsfärbung, von A. Pappenheim. 6) Die biologischen Grundlagen der Röntgentherapie. Die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf das Auge, von H. Meyer. 7) Hemicanities bei Hemiplegie, von S. Loeb. 8) Zur Chemie der Haut. X. Über Granoplasma und eine allgemeine Methode zur mikrochemischen Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile, von P. G. Unna und L. Golodetz. 9) Über Jodostarin, von Th. Pertik. 10) Die Erfolge und Mißerfolge der Vakzinationstherapie, von Wolfsohn. 11) Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut gegen Röntgenstrahlen, von Wurm. — Entzündliche Dermatosen. 12) I. Traitement du psoriasis par les piquûres d'énésol, par Sabouraud. II. Traitement du psoriasis par l'énésol, par Duc. 13) La magnésie calcinée dans le traitement des verrues planes, par Petges. 14) Folliculitis und Perifolliculitis ulcerans serpigiosa, von Bizzozero. 15) Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica. Bemerkungen zu Matzenauers und Pollands gleichnamigem Aufsatz (CXI. H. 2), von Mathes. 16) Ein Fall von Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica, von Friedeberg. 17) Angioneurotische oder toxische Entzündung? Bemerkungen zur Dermatitis symmetrica dysmenorrhoeica Matzenauer-Polland, von Kreibich. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 18) Ein Fall von seltener Morphologie und Lokalisation eines Cornu cutaneum, von J. Peyri. 19) Über Nackenkeloid oder Dermatitis nuchae sclerotisans, von Tryb. 20) Verschwinden sämtlicher Warzen nach Röntgenbestrahlung einer kleinen Anzahl von ihnen, von J. Halberstädter. 21) Verschwinden der Warzen beider Hände nach Röntgenbestrahlung einer Hand, von E. Delbanco. 22) Molluscum de la grande lèvre, par Malapert. 23) Fall von Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna, von Racinowski. — Neuritische Dermatosen. 24) Über Neurodermitis chronica faciei (Lichen simplex chronicus faciei), von E. Hoffmann. 25) Die Röntgentherapie bei Lichen simplex chronicus und Eczema chronicum, von Sh. Dohi. 26) Über die Pemphigusbehandlung mit Chinininfusionen, von LeszeŹyński. 27) Report of four cases of pemphigus foliaceus and of a new line of treatment, by H. C. Baum. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 28) Meine Erfahrungen mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten bei äußerer Tuberkulose, speziell bei Lupus, von A. Strauss. 29) Wie soll man den Lupus nicht behandeln? von A. Jungmann. 30) Über einen Fall kutaner Rindertuberkulose beim Menschen, von Cosco, Rosa und de Benedictis. 31) Über Sklerom, von Jurasz. 32) Diagnostic différentiel du pian, leishmaniose, sporotrichose et blastomycose, par F. Terra et S. Aranjó jun. 33) Zur Frage einer spezifisch-diagnostischen Reaktion bei

Pellagra, von **H. Raubitschek**. 34) Bacillurie lépreuse, par **L. Lagone**. 35) L'acide phénique dans le traitement de la lèpre, par **A. Bertarelli**. — Gonorrhoe. 36) Über Gleitmittel zum Schlüpfrigmachen der Finger und Instrumente des Arztes, von **Dufaux**. 37) Über ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel, von **Dufaux**. 38) Kératodermie blennorrhagique, par **Fr. E. Simpson**. 39) Über die experimentelle Bewertung der Santalpräparate, von **J. Pohl**. 40) Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen, von **E. R. W. Frank**. — Syphilis. 41) The luetin test for syphilis, by **Gradwohl**. 42) Beiträge zur Lösung der Frage nach der Resorption und Ausscheidung des zur Syphilisbehandlung verwendeten Quecksilbers, von **H. Wallfisch**. 43) Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der merkurialen Colitis und Stomatitis, von **J. Almkvist**. 44) Wer ist der „Pfälzer Anonymus“? von **E. Hoffmann**. 45) Ulcus cruris varicosum und Syphilis, von **F. Zinsser** und **P. Philipp**. 46) Über Primäraffekte der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und ihre Diagnose, von **E. Hoffmann**. 47) Notes sur le néosalvarsan, par **Jacquet et Sluys**. 48) Développement des agglutinines tuberculeuses chez les syphilitiques par les injections de salvarsan, par **Nicolas, Courmont et Charlet**. 49) Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsenobenzol, par **Aehard**. 50) Sur l'histo-microbiologie des néphrites syphilitiques, par **le Play, Sézary et P. Vallery-Radot**. 51) Syphilis du corps thyroïde, par **Poncet et Lerisze**. 52) Über die Entstehung von Herzklappenfehlern und Aortenaneurysmen durch Syphilis, von **Lydia Goldberg**. 53) Weitere Erfahrungen über Verwendung von Azetonextrakten bei der Serumiagnostik der Syphilis, von **O. Stiner**. 54) L'antigène dans la réaction de Wassermann, par **A. Desmoulière**. 55) La cura della sifilide per via gastrica mediante un nuovo preparato mercuriale, l'ossicuto di mercurio (Mergal), per **Releandi**. 56) Über syphilitische Polyneuritis, von **J. Hoffmann**. 57) Ein Fall von knötchenförmiger syphilitischer Meningitis, von **Sugl**. 58) Einfluß hämolytischer Stoffe auf Spirochäten (Spironemacea), von **v. Prowazek**. 59) Zur Stellung der Spirochäten im System, von **Hoffmann**. 60) Medikamentöse chronische Arsenvergiftung bei einem Lueskranken, von **E. Brodfeld**.

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes.

I. Originalmitteilungen.

1. Teilweises Ergrauen der Haare nach Trauma.

Von Dr. Franz Fischer in Düsseldorf.

Zur Klärung der Entstehung der teilweisen Poliosis möchte ich einen Fall veröffentlichen, den ich vor einem Jahre in Behandlung hatte.

Ein Arbeiter, Mitte der Dreißiger, der nie eine fieberhafte Erkrankung wie Typhus, Scharlach usw. oder sonstige Infektionskrankheit gehabt hatte, an keinen allgemeinen nervösen Störungen (Hemikranie, Tabes usw.) litt, noch erblich belastet war, suchte meinen Rat wegen plötzlich aufgetretener stellenweiser Ergrauung, die er mit Sicherheit auf einen Unfall zurückführte.

Im Oktober 1911 war er beim Arbeiten unter einer Transmission an die Welle geraten. Dieselbe prallte angeblich an der linken Kopfseite in der Nähe der Mittellinie an und versetzte ihm daselbst einen Schlag, daß er zu Boden fiel. Besondere Shockwirkung oder Erkrankung des Kopfes bestanden nach dem Unfälle nicht. Nur verfärbten sich stellenweise an der linken Kopfseite an der Stelle des traumatischen Angriffs einige Haarbüschel und wurden in 3 Wochen völlig weiß.

Diese Ergrauung nahm dann schnell an Umfang zu, und es schloß sich innerhalb von 6 Wochen eine Weißfärbung der linken Augenbrauen sowie des Schnurrbarts der linken Seite an.

Als der Verletzte $2\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfall zu mir kam, fand ich eine völlig weiße Haarpartie auf der linken Kopfseite, die genau in der Mittellinie des Kopfes begann, sich 9 cm nach links erstreckte, hinten 3 cm vor dem Haarwirbel ihren Anfang nahm und bis zur Haargrenze nach vorn reichte. Hierauf folgte seitlich eine blonde Haargegend, der sich ein bandförmiger, weißer, vor dem linken Ohre herabziehender Streifen anschloß. Ferner war ein Drittel der nasalwärts gelegenen Augenbrauen weiß, sowie der ganze linke Schnurrbart.

Ein Blick auf den Verlauf der Hautnerven des Kopfes ergab, daß diese Poliosis genau der Ausbreitung der Hautendigungen des Trigeminus entsprach, und zwar 1. des Frontalis (vom ersten Aste des Trigeminus), der die Partie seitlich von der Mittellinie des Kopfes und das nasalwärts gelegene Drittel der Augenbrauen versorgt, 2. des Infraorbitalis (vom zweiten Ast des Trigeminus), dessen Rami labiales superiores Hautäste der Oberlippe sind, und 3. des Auriculo-temporalis (vom dritten Ast des Trigeminus), dessen Rami temporales vor und über dem Ohre hinziehen. Mithin glaube ich die berechnete Behauptung aufstellen zu können, daß die oben beschriebene stellenweise Ergrauung infolge einer Läsion der Hautäste des Trigeminus entstanden ist, daß es also eine traumatische Poliosis gibt, beruhend auf trophoneurotischer Störung infolge direkter Verletzung eines Hautnerven. Im vorliegenden Falle sind die Äste des Frontalis ladiert worden, in seinem Ausbreitungsgebiete entwickelte sich daher auch zuerst die Veränderung der Haarfarbe. Der Reiz ist von hier auf das Ganglion Gasseri verpflanzt und rückläufig auf die anderen Hautäste des fünften Nerven weitergeleitet worden.

In meiner Annahme werde ich bestärkt durch den Vergleich mit der Alopecia areata, die durch weitergehende trophoneurotische Störung entstehen kann, wie durch die experimentellen Untersuchungen von Max Joseph und Köster festgestellt worden ist. Auch die Vitiligo findet in gleicher Weise nach Chajes ihre Erklärung.

Die mikroskopische Untersuchung der Haare ergab einen wesentlichen Unterschied gegen die Canities senilis. Während in letzterem Haare nur das Pigment fehlt und sich eventuell Lufteinschlüsse finden, sonst das Haar aber unverändert ist, war bei den traumatisch entstandenen weißen Haaren keine Marksubstanz mehr nachweisbar, ein Zeichen für ungenügende oder fehlende Ernährung und Verfall des Haares. An den Haarwurzeln konnte ich wesentliche Veränderungen nicht nachweisen.

Leider sah ich den Patienten nach 2 Monaten nicht mehr. Es wäre zweifellos von großem Interesse gewesen, festzustellen, ob ein Ausfall oder Regeneration der Haare später gefolgt ist.

Die Behandlung beschränkte sich auf die bekannte Färbung mit Argentinum nitricum und Ammoniak.

2. Über Jodipindarreicherung.

Von Dr. Edmund Hoefler in Bad Toelz.

Obwohl die Jodbehandlung einen langsamen und stetigen Zuwachs erfahren hat — die zahlreichen neuen, immer wieder variierten Jodpräparate beweisen es —, so blieb das Jod doch für Arzt und Patienten ein Hilfsmittel, zu dem man kaum ohne anfängliches Zögern griff: Vom schlechten Geschmacke abgesehen, den die wirksame Jodkalilösung am stärksten aufweist, waren es vor allem die unangenehmen Begleiterscheinungen des Jodismus, die einer gründlichen Jodbehandlung oft von Anfang an im Wege standen. Es ist daher zweifellos als ein Fortschritt zu bezeichnen, daß es gelang, durch Einführung auf subkutanem Wege ein jodreiches Präparat zur Anwendung zu bringen, das durch seine ausgesprochen langsame Wirkung den Ausbruch eines Jodismus von vornherein verhinderte, das Jodipin.

Daß die subkutane Einverleibung eines jodkräftigen Präparates zum mindesten für den Patienten die angenehmste Form einer energischen Jodbehandlung darstellt, darf man aussprechen, vorausgesetzt, daß es gelingt, diese Applikation in einer Weise vorzunehmen, die sich als einfach, leicht ausführbar und hinterher frei von Beschwerden zeigt. Von diesem Gedanken ausgehend, habe ich es im folgenden versucht, die Erfahrungen in einige Leitsätze zu bringen, die bei der Beobachtung mehrerer Tausend applizierter Jodipineinspritzungen zu sammeln sich Gelegenheit fand, Folgerungen, die im einzelnen von den bisherigen Anschauungen über Jodipindarreicherung abweichen mögen. Denn es hat sich gezeigt, daß die wahrhaft segensreiche Jodipintherapie nur deshalb so langsam Fuß zu fassen vermochte, weil sich der Einführung des Mittels in den Körper Schwierigkeiten in der Praxis entgegenzustellen schienen.

1. Die Einverleibung des Jodipins durch den Mund ist m. E. ganz allgemein zu widerraten: Das flüssige Präparat schmeckt schlecht, wird nur mit Widerwillen genommen und deshalb bald ausgesetzt. Von den mit Zucker überzogenen Tabletten von Jodipinemulgat, die nur je 0,2 g 25%iges Jodipin enthalten, ist andererseits zur Erreichung nur einigermaßen bedeutender Jodwirkungen der Verbrauch einer geradezu gewaltigen Menge notwendig.

2. Was nun die subkutane Einspritzung anlangt, so empfiehlt sich der Gebrauch einer 10 ccm-Spritze, über die jeder Praktiker wohl ohnehin verfügt, mit aufgesetzter mittelgroßer, etwa 10 cm langer Einstichnadel, deren Hohlraum nicht allzu eng sein soll, um beim Einspritzen nicht allzu große Kraft aufwenden zu müssen. Eine Flasche Jodipin, die die Firma Merck jeweils zu 100 g, und zwar 10%ig und 25%ig, herstellt, kann mit einer solchen Spritze 10%iges in 15, 25%iges in 13 Einzel-

gaben erschöpft werden. Aus der Umrechnung ergibt sich, daß somit mit einer Einspritzung 0,6 bzw. 2 g organisch gebundenes Jod eingeführt werden können, ein Mengenverhältnis, das mit der bisher im allgemeinen gebräuchlichen Tagesportion (Kal. jodatum 3,0—5,0:150,0 eßlöffelweise mehrmals täglich) im Einklang steht.

3. Als Einstichstelle darf vornehmlich jene Glutäalpartie empfohlen werden, die durch Fettreichtum der Schichten und daher durch geringe Schmerzhaftigkeit sich auszeichnet. Wie sich empirisch feststellen ließ, ist dies keineswegs die halbkuglig vorragendste Stelle der Glutäalgegend, wie denn auch die von Levy-Bing und Duhot für die intramuskuläre Salvarsaneinspritzung vorgeschlagenen Einstichschemata nicht zu empfehlen sind. Die brauchbarsten Punkte liegen überhaupt, anatomisch genau ausgedrückt, nicht mehr in der Glutäal-, sondern in der Sakral- und Perinealgegend entlang einer Linie, die den Abfall der beiden Glutäalhügel in die Analfurche bezeichnet. Bei Würdigung der anatomischen Verhältnisse erkennt man nämlich, daß man unter dieser Linie viel mehr lockeres Bindegewebe und viel weniger Muskelsubstanz und größere Gefäße antrifft als in den übrigen Anteilen der Glutäalpartie. So erlebt man denn bei Einspritzungen in dieser Linie selten die störenden Parästhesien des Ischiadicus- und insbesondere des Peroneusgebietes.

Diese unangenehmen Nachwirkungen eines vollen Einstichs in den Glutaeus maximus, die jedem Jodipinpraktiker bekannt sind, stellen neben beträchtlichen Beschwerden beim Gehen die manchmal zur Unfähigkeit gesteigerte Behinderung beim Stiefelanziehen vor und rasches Ablaufen der Injektionsmasse durch zu starke Spannung des großen Gesäßmuskels.

Je mehr analwärts man sich beim Einstich in die Glutäalpartie hält, um so sicherer entgeht man einer solchen Nachwirkung. Andererseits ist zu bemerken, daß in der Nähe der bezeichneten Linie eine erhöhte Neigung zu Blutungen aus kleineren Gefäßen in den Stichkanal besteht; doch fällt dieser Umstand bei der Leichtigkeit und Sicherheit der Blutstillung durch Kompression mit Watte nicht ins Gewicht.

4. Zur Säuberung der Haut vor dem Einstich genügt ein kurzes Abreiben mit Äther oder ein Pinselstrich mit Jodtinktur. Um so sorgfältigere Reinhaltung fordert natürlich die Einstichnadel. Weil das Jodipin an sich schon aseptisch ist, so bedarf die Spritze selbst keiner Säuberung, dagegen kann die Peinlichkeit in der Sauberhaltung der Nadeln kaum übertrieben werden. Da es in den meisten Fällen dem Praktiker schwer wird, ausschließlich mit vorher ausgekochten Nadeln zu arbeiten (was natürlich das Ideal wäre), so empfiehlt es sich, etwa einen Satz von 5—10 Nadeln vorrätig auf Silber- oder Aluminiumgestell in einem mit absolutem Alkohol gefüllten gläsernen Standgefäß zu halten. Daraus wird die Nadel unmittelbar vor dem Einstich entnommen, und unmittelbar

nachher wird sie dahin zurückgestellt. Da die Nadeln nach dem Einstich noch in ihrer ganzen Länge mit Jodipin gefüllt sind, so tropft dieses bei senkrechter Suspension in dem Standgefäß langsam in den Alkohol ab, wodurch nach etwa 4—8 Tagen eine Trübung des klaren Alkohols entsteht und weiterhin ein Umschlag dieser Trübung ins Braunrote. Aus Gründen der Sauberkeit wird man also etwa wöchentlich den Alkohol zu wechseln haben.

5. Die Vorschrift, nach dem Einstich die Spritze von der Stichkanüle abzunehmen und nachzuprüfen, ob man nicht in ein Blutgefäß geraten sei, darf ich nach unseren reichlich gemachten Erfahrungen als völlig überflüssig bezeichnen. Größere Gefäßstämme liegen, wie erwähnt, in der Glutäalpartie niemals so oberflächlich, daß sie von der eindringenden 10 cm-Nadel noch erreicht werden könnten.

6. Ebenso überflüssig ist es, das Jodipin vor Gebrauch auf Körpertemperatur zu erwärmen, ein Umstand, der besondere Beachtung verdient. Es scheint mir nicht zweifelhaft, daß die Vorschrift, das Präparat nur körperwarm subkutan einzuführen und die Umständlichkeit ihrer Befolgung bisher viele Praktiker vom Gebrauche des Mittels abgehalten hat. Das zimmerwarme Jodipin in seinem heutigen verbesserten Herstellungszustand wird bei richtiger Wahl des Einstichortes ohne jede wirkliche Beschwerde vertragen und erzeugt keine Infiltrationen. Denn ein geringes Gefühl von Völle in dem betreffenden Hinterbacken wird kein verständiger Patient als Beschwerde empfinden.

7. Nach dem Stich soll man die Haut über dem Einstich mit einem Wattebäuschchen kurz massieren, um die Aufsaugung anzuregen. Es wird nun wohl in weitaus den meisten Fällen einige Tropfen Blut geben und ist deshalb nötig, Kompression mit öfters gewechselter Watte solange auszuüben, bis kein Tropfen Blutes mehr an die Oberfläche tritt. Versäumt man diese Vorsichtsmaßregel, so kann man lästige Nachblutungen erleben. Endlich verschließt man den Stichkanal mit einem erbsengroßen Wattepfropf und bedeckt diesen mit Heftpflaster. Es hat sich herausgestellt, daß eine Blutung seltener eintritt und sich leichter beherrschen läßt, wenn man die Einspritzung in Bauchlage des Patienten vornimmt. Auch ist diese Lage für den Arzt bequemer als jede andere. Manchen schwer beweglichen Patienten ist indessen mit Beibehaltung der stehenden Haltung besser gedient.

8. Da der Hauptvorteil der Jodipinbehandlung bekanntermaßen in der langsamen Ausscheidung des an Fett gebundenen Jodes besteht, so wird es erklärlich, daß die Zeitfolge der Einverleibung nicht mit derjenigen z. B. der Jodkaliumlösung gleichen Schritt halten kann. Da in einer Spritze 25%igen Jodipins, wie schon erwähnt, 2 g organisch gebundenen Jods enthalten sind, so würde bei den besonderen Ausscheidungs-

verhältnissen eine solche Gabe, täglich genommen, in absehbarer Zeit eine Jodspeicherung im Körper und Jodismuserscheinungen hervorrufen. Es soll nicht verhohlen werden, daß wir hier wiederholt ohne jeden Nachteil eine Flasche Jodipins in 13—15 Tagen haben verbrauchen lassen, doch dürfte daraus für die Allgemeinpraxis kaum ein Schluß gezogen werden können, denn der mächtige Einfluß einer Kochsalzquelle auf die Aktivierung des gesamten Zellenlebens und rascheren Ablauf des Stoffumsatzes ist bekannt. Im allgemeinen wird deshalb die Einhaltung eines Turnus von etwa 2 Tagen zu empfehlen sein. Auch soll der Gesamtverbrauch des Jodipins während einer Kur 2 Flaschen nicht übersteigen.

9. Eine Gegenanzeige gegen Jodipingebrauch kann höchstens ein fieberhafter Zustand bieten. Dagegen besteht eine solche nicht beim Diabetes selbst höheren Grades. Wir haben niemals dabei irgendwelche Störung erlebt.

Ich hoffe, mit dem Vorstehenden der Jodtherapie in der Allgemeinpraxis gedient zu haben. Die neuerlichen Erfahrungen mit Jodipin (beträchtliche Herabsetzung des Blutdrucks, günstige Beeinflussung von Blasen- und Prostataerkrankungen usw.) stellen ja eine weitere Verbreitung des Mittels in Aussicht und lassen es geeignet erscheinen, alle übrigen Jodpräparate auf die zweite Stufe zu rücken.

II. Therapeutische Revue.

Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft.

Von Dr. Carl Schindler in Berlin.

(Fortsetzung.)

C. Die spezifische Behandlung der Epididymitis.

Wir kommen nun zu der spezifischen Behandlung der Epididymitis, die aktive Immunisierung mit Gonokokkenvakzine, welche für diejenigen Fälle, in denen überhaupt eine Wirkung eintritt, um so mehr begrüßt werden darf, als die Anwendung der Vakzine einfach und schmerzlos ist, indem die Vakzine subkutan bzw. intramuskulär injiziert wird. Außerdem schadet die Immunisierung, auch wenn sie wirkungslos bleibt und daher vergeblich vorgenommen wurde, in keinem Falle.

Ich kann die theoretischen Grundlagen, auf welchen die aktive Immunisierung mit abgetöteten Antigenen aufgebaut ist, erschöpfend hier nicht erörtern. Es würde das viel zu weit führen, weil einerseits die Literatur fast unübersehbar, andererseits in wesentlichen Punkten noch so widerspruchsvoll und umstritten ist, daß, zumal auch über die Natur der Antikörper, noch keine volle Klarheit besteht, es jedem einzelnen überlassen bleiben muß, durch eigenes Studium sich selbst sein eigenes Urteil über die Vorgänge zu bilden, welche bei aktiver Immunisierung mit abgetöteten Bakterien sich abspielen. In den hier insoweit erwähnenswerten Arbeiten, als in ihnen die Behandlung der Nebenhodentzündung besprochen ist, findet man meist auch, je nach

dem Standpunkt der einzelnen Autoren, allgemeine theoretische Erörterungen. Außerdem sind die einschlägigen Kapitel in den Handbüchern über Immunitätsforschung von Kraus-Levaditi und Kolle-Wassermann zu studieren, und wer sich genauer über alle einschlägigen Arbeiten bis in die neueste Zeit orientieren will, dem seien die Jahresberichte über die Ergebnisse der Immunitätsforschung von Weichardt empfohlen. (Stuttgart, Ferd. Encke.)

Wir wissen, daß nach jeder Bakterieninvasion der Organismus gegen den Eindringling sich wehrt und nach einer gewissen Zeit und nach bestimmten Gesetzen Antikörper produziert, deren in geringem Grade schon im normalen Organismus vorhanden sind. Durch die konstante Zufuhr eines Antigens wird die Produktion der Antikörper entsprechend vermehrt. Jedem Antigen stehen spezifische Antikörper gegenüber, deren Produktion je nach der Zufuhr des Antigens ab- oder zunimmt. Man hat nun von jeher auf zwei Wegen einen kranken Organismus gegen die krank machende Invasion immunisiert: entweder durch passive Immunisierung, indem man ihm die bereits fertigen, in einem anderen Organismus erzeugten, spezifischen Antikörper durch die Injektion eines Antiserums zuführte, oder durch aktive Immunisierung, indem man dem kranken Organismus das Antigen in abgetöteter Form zuführte und ihn dann die nötige Antikörpermenge selbst produzieren ließ. Bis vor kurzer Zeit, 1906, war man der Ansicht, daß bei einer gonorrhoeischen Erkrankung die Invasion des Gonococcus, als Antigen, im Organismus eine Antireaktion, die Bildung von Antikörpern, nicht auslöse. Infolgedessen erschien eine biologische Behandlung der Gonorrhoe durch eine Immunisierung als aussichtslos. Da gelang es Müller und Oppenheim (Wiener klin. Wochenschrift. 1906) und C. Bruck (Deutsche med. Wochenschrift. 1906), gleichzeitig im Blute von Frauen, welche an Adnexitis erkrankt waren, Gonokokkenambozeptoren, die spezifisch auf Gonokokkenantigen reagierten, nachzuweisen. Der Nachweis erfolgte durch das Komplementbindungsverfahren mit Gonokokkenextrakten, durch dieselbe Methode, welche von v. Wassermann und Bruck auch für die Tuberkulose und Syphilis ausgearbeitet worden war. Man versuchte nun mit den Gonokokkenambozeptoren enthaltenden Antiseren Kranke passiv zu immunisieren, und war besonders in England und Amerika. Die erhoffte Wirkung blieb meistens aus. Die Berichte der einzelnen Autoren, von denen ich hier nur einige aus der neuesten Zeit anführen will, sind außerordentlich widersprechend. Die einen hatten gar keinen Erfolg, die anderen zweifelhaften, wieder andere berichteten von schnellen Heilungen, namentlich bei Arthritis, Epididymitis und vaginaler Kindergonorrhoe. Die weit auseinandergehenden Resultate der einzelnen Autoren zeigen jedenfalls, daß die passive Immunisierung mit Gonokokkenantiseren äußerst unzuverlässig in der Wirkung ist.

1909. G. R. Swinburne-New York (Med. Record. 1909. 23. Oktober) berichtet über gute Erfolge bei der Epididymitis. Uhle-Mackinney-Philadelphia (Journ. Americ. med. Assoc. LI. Nr. 2) 23 Fälle: Der Erfolg war zweifelhaft. Die Epididymitis und Prostatitis wurde kaum beeinflusst. Siebenmal folgte auf die Einspritzungen eine universelle Urticaria.

1910. Ziegler-New York (Med. Record. 1910. 15. Oktober) berichtet über Heilungen bei gonorrhoeischer Arthritis nach 9 und mehr Injektionen von 2 ccm polyvalenten Serums in dreitägigen Intervallen.

1910. Murell-Edinburg (Med. Journ. 1910. Oktober) berichtet ungünstig über die Wirkung der Serumbehandlung bei Arthritis, während die Behandlung mit Gonokokkenvakzine weit bessere Resultate zeitigte.

In der Sitzung der russischen urologischen Gesellschaft am 9. Oktober 1911 (Kongreßbericht d. Zeitschrift f. Urologie. V. 1911. Heft 2) sprach Leshneff zur Frage der Therapie mittels Antigonokokkenserum. Vortragender und mehrere Diskussionsredner stellten fest, daß die Heilerfolge nicht sehr glänzend seien und die Serumbehandlung meistens versagte. Die passive Immunisierung mit Antiseren ist daher bei der Gonorrhoe so gut wie ganz aufgegeben und von der aktiven Immunisierung mit abgetöteten Gonokokkenkulturen, mit Gonokokkenvakzine, verdrängt worden. Es ist aber von Interesse und Bedeutung, daß in ganz neuer Zeit, in diesem Jahre, aus Bukarest günstige Berichte kamen über die Behandlung gonorrhoeischer Gelenkerkrankungen und gonorrhoeischer Pyelitis mit Injektionen von Meningokokkenserum.

1912. Heresco und Cealic-Bukarest (Journ. d'Urologie. I. 1912. Heft 4): Die große morphologische Ähnlichkeit des Gonococcus mit dem Meningococcus läßt auf eine biologische Artverwandtschaft schließen. Nach Pissary und Chauvet bedienten sich die Autoren eines im Institut Pasteur hergestellten Antimeningococcusserums und erzielten mit diesem gute Erfolge, indem die Schwellung und die Schmerzen bei Arthritis gonorrhoeica schon nach der ersten Injektion zurückgingen. Es wurden mehr-

mals 50 ccm in die Nähe des erkrankten Gelenkes eingespritzt. In allen vier Fällen war der Gonokokkenbefund positiv, einmal sogar selbst in der Punktionsflüssigkeit. Die Heilung war eine vollständige. Anaphylaktische Erscheinungen. Exantheme, Schmerzen, traten gelegentlich auf, gingen aber schnell zurück. (Insofern ist die aktive Immunisierung mit Gonokokkenvakzine vorzuziehen und für den allgemeinen Praktiker angenehmer, als die Gefahr schwerer anaphylaktischer Zufälle nach wiederholten Serumeinspritzungen bei der aktiven Immunisierung fortfällt. Der Referent.)

1912. Strominger-Bukarest (Revue clinique d'Urologie. 1912. Mai) berichtet ebenfalls über günstige Erfolge mit Antimeningokokkenserum bei Arthritis, Gonokokkenseptikämie und Pyelitis. In 12—23 Tagen trat nach dreimaliger Injektion von je 10 bzw. 20 ccm Serum vollständige Heilung ein. Auch aus Frankreich liegen Berichte vor, daß nach einer einzigen Einspritzung von Antimeningokokkenserum die gonorrhoeische Arthritis vollkommen heilte. Alle Autoren aber sind sich darüber einig, daß die Serumbehandlung auf die gonorrhoeische Entzündung der Harnröhre selbst gar keinen Einfluß ausübt.

Infolge der Unzuverlässigkeit der passiven Immunisierung beschritt man nun den anderen Weg, indem man durch die Injektion einer Antigenaufschwemmung den Organismus selbst die Immunstoffe produzieren ließ. Diese aktive Immunisierung mit abgetöteten Bakterien war bei allgemeinen Infektionskrankheiten, z. B. bei Typhus, schon vor einem Vierteljahrhundert, insbesondere von der deutschen Schule, erfolgreich angewendet worden. Nach den hierbei gewonnenen Erfahrungen wurde die aktive Immunisierung, insbesondere von Wright und seiner Schule, bald auch auf andere Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Staphylokokken, Koliinfektion, Puerperalfieber, ausgedehnt. Von Engländern und Amerikanern wurde auch zuerst versucht, die gonorrhoeischen Erkrankungen mit einem Gonokokkenvakzin zu behandeln. Die zweifellos günstigen Resultate erweckten dann auch in Deutschland bei den Urologen und Dermatologen weitgehendes Interesse, und seit dem Jahre 1909 wird auch in Deutschland die Methode der aktiven Immunisierung mit Gonokokkenvakzin bei gonorrhoeischen Komplikationen in ausgedehntem Maße angewandt.

Wir wissen ja, daß, wenn man einen Organismus mit einer bestimmten Bakterienart vorbehandelt, sich spezifische, nur für diese Bakterienart spezifische, Antikörper bilden. Über den inneren Mechanismus der Schutzvorrichtungen des Organismus bei der Bildung von Antikörpern wissen wir noch nichts Abschließendes. Die zellulär-pathologische Theorie erklärt die Immunisierungsvorgänge durch die Opsonisierung und Phagozytose der Bakterien, die humoralpathologische Theorie durch Lysine, durch spezifische, im Blutserum enthaltene komplementbindende lytische Ambozeptoren. Die Vertreter der ersteren Theorie sind Metschnikoff und Wright, die Vertreter der letzteren Theorie, unsere deutschen Forscher Ehrlich, Pfeiffer, Kolle, Wassermann, Brieger und andere. Die aktive Immunisierung mit Aufschwemmung abgetöteter Bakterien ist von der deutschen Schule begründet worden. Die genannten deutschen Forscher kannten schon vor einem Vierteljahrhundert sehr wohl bei ihren aktiven Immunisierungsversuchen den Eintritt und den Wechsel von negativen und positiven Phasen und berücksichtigten diese auch. Die im Organismus schon vorhandenen Normalantikörper sinken nach der Invasion eines Antigens zunächst ab. Das in den Körper eingedrungene Antigen (natürliche Invasion mit lebenden, oder künstliche Invasion mit abgetöteten Bakterien) wird abgebaut und bindet, verbraucht, Antikörper. Die Normalantikörper nehmen daher ab (absinkende Kurve, negative Phase). Würde man in dieser Zeit der absinkenden Antikörperkurve, der sogenannten negativen Phase, bei künstlicher Zufuhr von Antigenen (abgetötete Infektionserreger) von neuem Antigen zuführen, so würde, weil eine Neubildung von Antikörpern (Immunantikörper) noch nicht eingetreten ist, und erst nach einigen Tagen deutlich nachweisbar wird, die Antikörperkurve noch weiter sinken und infolgedessen der Organismus eventuell an Antikörpern so verarmen, daß er durch die erneute Zufuhr von Antigen gefährdet würde. Eine neue Zufuhr von Antigen darf also erst stattfinden, wenn die positive Phase eingetreten ist, d. h. die Neuproduktion von Antikörpern begonnen hat, die Antikörperkurve steigt. Die im Überschuß neu produzierten Immunantikörper

bauen aber neu in den Körper eingetretenes Antigen sehr rasch ab, so daß, wenn Immunkörper im erheblichen Überschuß vorhanden sind, durch die plötzliche und massenhafte Zerstörung (Abbau) des eingeführten Antigens so viel Toxine frei werden können, daß bedrohliche, sogenannte anaphylaktische, Zufälle auftreten, an denen der Organismus zugrunde gehen könnte. Man kann und muß nun auf Grund experimenteller Forschungen die Antigenzufuhr und Antikörperproduktion so regeln, daß man neues Antigen noch während der positiven Phase zuführt, aber zu einem Zeitpunkt, in welchem die Menge der sich neu bildenden Antikörper noch nicht so groß geworden ist, daß sie mit dem eingeführten Antigen bedrohliche Überempfindlichkeitsreaktionen für den Organismus auslösen könnte, wobei natürlich auch die Höhe der Dosis des eingeführten Antigens wohl zu berücksichtigen ist. Das alles aber wurde allein durch Empirie und klinische Beobachtung ebenso schon von der deutschen Schule festgestellt und als der geeignete Zeitpunkt für die jedesmalige neue Einfuhr von abgetötetem Antigen ohne Indexbestimmung etwa der 4. bis 6. Tag nach der vorangegangenen Antigenzufuhr ermittelt. Wenn man daher, wie das heute oft geschieht, Wright, der das Verdienst hat, die aktive Immunisierung mit Vakzinen namentlich bei lokalisierten Infektionskrankheiten eingeführt zu haben, als den Reformator preist, von dem die deutsche Schule erst gelernt habe, bei den aktiven Immunisierungen die negative Phase in Rechnung zu stellen, so ist das eine Übertreibung und ein Unrecht gegen unsere großen deutschen Forscher. Das Verdienst Wrights liegt nach ganz anderer Richtung hin. Wright nimmt als spezifische Antikörper die sogenannten Opsonine an, Stoffe im Serum, welche die Bakterien so beeinflussen, daß sie der Phagozytose verfallen, von den Leukozyten aufgenommen und gefressen, zerstört werden. Wright erkennt den Opsoninen nicht nur therapeutische, sondern diagnostische und prognostische Bedeutung zu und insbesondere — und das ist das eigentlich Neue — auch bei chronischen Infektionskrankheiten mit lokalen Infektionsherden. Die opsonische Kraft eines Serums bestimmte Wright durch das Verhältnis der Zahl der phagozytierten Bakterien zur Zahl der Leukozyten, und er vergleicht dann die opsonische Kraft eines Normalserums mit derjenigen des zu untersuchenden Patientenserums. Die gefundene Verhältniszahl bezeichnet er als opsonischen Index. Zählt man in 100 Leukozyten eines Normalserums 40 phagozytierte Bakterien und in 100 Leukozyten eines Patientenserums 60, so ist der opsonische Index $60:40 = 1,5$ oder zählt man in 100 Leukozyten eines Patientenserums 20, so ist der opsonische Index $20:40 = \frac{1}{2} = 0,5$. Normalerweise soll der opsonische Index = 1 sein. Die Methode der Indexbestimmung ist eine sehr schwierige, zeitraubende und auch bei bester Technik unvermeidlichen Fehlerquellen unterworfen. Aus der Erhöhung oder Erniedrigung oder den Schwankungen des opsonischen Index zieht Wright sehr weitgehende diagnostische, prognostische und therapeutische Schlüsse. Ein Abfallen des Index weise auf eine Bakterieninvasion hin, insbesondere sei der Index bei lokal beschränkten chronischen Infektionen konstant erniedrigt, andererseits schwanke der Index und könne beträchtlich ansteigen bei ausgedehnten Infektionen durch stark violente Bakterien. Therapeutisch geht nun Wright darauf aus, mit Vakzinen so zu immunisieren, daß bei möglichst kleiner und kurzer negativer Phase im kranken Organismus der opsonische Index durch wiederholte Zufuhr von abgetöteten Bakterien erhöht wird. Der opsonische Index sei der Barometer für den Verlauf der Krankheit und der aktiven Immunisierung und daher stets fortgesetzt zu bestimmen und im Auge zu behalten. Da nach stattgehabter Infektion bzw. nach Einfuhr künstlichen Antigens der opsonische Index durch Verbrauch von Opsoninen sinkt (negative Phase), so darf während der Abnahme des Index neues Vakzin dem Körper nicht zugeführt werden; erst wenn durch Neubildung ein Überschuß von Immunopsoninen vorhanden sei (Ansteigen des opsonischen Index — positive Phase), könne man erst wieder von neuem inokulieren, damit nicht eine für den Körper gefährliche Summation von negativen Phasen entstehe. Natürlich darf die Antigendosis weder unterhalb einer gewissen Reizschwelle bleiben, noch eine zu große sein. Nun ist eben die ganze Indexbestimmung bei der aktiven Immunisierung von den meisten Klinikern, und zuletzt jetzt auch von Wright selbst, aufgegeben worden, weil bei einem großen Krankenmaterial diese Indexbestimmungen unmöglich bei jedem Kranken immer wieder vorgenommen werden können, zumal die Fehlerquellen, namentlich durch Spontanphagozytose, auch bei bester Technik bis 25% und darüber betragen und das klinische Befinden des Kranken einen genügend zuverlässigen Indikator dafür abgibt, ob der Kranke sich in der negativen Phase oder der positiven Phase (Besserung) befindet. Denn auch die Indexbestimmungen haben nur das bestätigt, was bereits durch Empirie vor einem Vierteljahrhundert von der deutschen Schule ermittelt worden war, daß man alle 4—6 Tage nach einer Vakzinzufuhr von neuem

inokulieren könne, um die negative Phase zu vermeiden. Es kommt hinzu, daß eine ganze Reihe namhafter Kliniker in England, Amerika und Deutschland über Fälle berichtet haben, in denen trotz positiver Phase und steigendem Index klinische Verschlimmerung und bei negativer Phase, trotz Sinken des Index, Besserung eingetreten war. So geistvoll und klug erdacht die Indexbestimmung und so wissenschaftlich die Methode ist, so ist diese doch zu unzulänglich, um für die Praxis von einschneidender Bedeutung zu sein. Es bleibt daher also bei dem Modus, alle 4—6 Tage von neuem zu immunisieren, wie er von den deutschen Forschern schon seit langem geübt wurde. Auf noch andere Einwände gegen die Lehre Wrights kann ich hier nicht eingehen. In den von mir bezeichneten Jahrbüchern über Immunitätsforschung findet man die gesamte Literatur über die Opsonine pro und contra. Nur auf die Phagozytose der Bakterien muß ich noch ganz kurz eingehen. Wright behauptet, daß die phagozytierten Bakterien durch die Phagozytose vernichtet werden, und hat auch damit, besonders in Deutschland, Widerspruch gefunden. Weder bei der Tuberkulose noch bei der Gonorrhoe werden bekanntlich die phagozytierten Krankheitserreger vernichtet, im Gegenteil, bei beiden Erkrankungen sind die Leukozyten direkt Verschlepper der Infektionserreger und somit der Krankheit. Die Milzbrandstäbchen wachsen sogar innerhalb der Leukozyten noch weiter aus. Jedenfalls kann bei der Gonorrhoe das Opsonin oder die Phagozytose nicht als der Heilfaktor angesehen werden, und es kann daher auch keinen Zweck haben, die ohnehin schon reichliche Leukozytose und Phagozytose, durch welche die Gonokokken nicht in ihrer Lebenskraft geschwächt werden, noch durch Steigerung der Leukozyten zu vermehren. Auch über den Bau der Immunopsonine besteht noch keine völlige Klarheit, und es ist noch strittig, ob die Immunopsonine spezifische Eigenstoffe des Serums oder ob sie mit anderen bereits bekannten Immunsubstanzen des Serums, speziell mit den komplementablenkenden lytischen Ambozeptoren identisch sind. Bezüglich der Gonorrhoe wissen wir überhaupt nicht, wie der immunisierende Effekt zustande kommt und welcher Art die Antikörper sind. Mit dem im Serum nachgewiesenen spezifischen Ambozeptoren scheinen sie nicht identisch zu sein. Wahrscheinlich entstehen an Ort und Stelle lokale Antikörper, sessile Rezeptoren. Bruck, der zuerst in Deutschland die aktive Immunisierung mit einem von ihm hergestellten Gonokokkenvakzin erprobte und empfahl (Über spezifische Behandlung gonorrhöischer Prozesse. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 11), ist der Meinung, daß durch die im Blutserum nachweisbaren spezifischen und durch die Vakzinbehandlung erheblich steigerungsfähigen Ambozeptoren die Wirkung der aktiven Immunisierung nicht erklärt werden könne. Bruck setzt das Gonokokkenvakzin vielmehr in Analogie mit dem Tuberkulin und die Gonokokkenambozeptoren mit dem von v. Wassermann und ihm nachgewiesenen Antituberkulin, welches ja ebenfalls nicht direkt antibakteriell wirkt. Zu dieser Überzeugung wurde Bruck geführt, weil das Gonokokkenvakzin die Blennorrhoe der Urethral Schleimhaut nicht im geringsten beeinflußt, während mit ihm Cutireaktionen ausgelöst werden konnten und auch öfter nach Injektion der Vakzine lokale Reaktionen im Krankheitsherd auftreten, wenn sie auch nicht im entferntesten so ausgesprochen und so regelmäßig auftreten, wie bei der lokalen Hauttuberkulose.

Ich habe nun, auf den Anschauungen Brucks fußend, und dessen Theorie bis zu den letzten Konsequenzen durchführend, die Wirkung der Gonokokkenvakzine auf gonorrhöische Prozesse so erklärt, daß das Vakzin eine die Heilung herbeiführende spezifische Reaktion nur in abgeschlossenen gonorrhöischen Herden auslöse.

1910. Schindler: Über die Wirkung von Gonokokkenvakzin auf den Verlauf gonorrhöischer Prozesse. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 31. Ich habe zu allererst auf den Unterschied zwischen offenen und geschlossenen gonorrhöischen Herden hingewiesen und seitdem ist meine Theorie, daß die Gonokokkenvakzine nur bei geschlossenen gonorrhöischen Prozessen überhaupt einwirken könne und einwirke, allgemein akzeptiert und so auch in den nachfolgenden Arbeiten von Schmitt, Rohrbach und anderen angenommen worden. Ich führte aus, daß es nicht wunderbar sei, daß das Vakzin nicht auf die Urethralgonorrhoe wirke, weil die Schleimhaut der Harnröhre nach außen münde, so daß der Eiter, und damit die Gonokokken, nach außen abfließen und dadurch zu wenig oder gar keine Gonokokken auf der Schleimhaut zerfallen, so daß deren Toxine und Leibessplitter nicht in der Harnröhre zurückgehalten werden und daher eine Immunitätsreaktion des erkrankten Schleimhautgewebes, eine spezifische Umstimmung des Gewebes, ausbleibe. Ganz anders aber in abgeschlossenen,

abgekapselten gonorrhöischen Herden oder erkrankten Organen. Genau so wie in dem tuberkulösen Gewebe die Bildung von Tuberkeln und seiner Antikörper an den Untergang von Tuberkelbazillen geknüpft ist, welche im Gewebe aufgelöst und ausgelaugt werden, so ist im gonorrhöischen Gewebe im abgekapselten, geschlossenen Herd (Prostata, Nebenhoden, Urethra posterior — Vesica, Gelenke, Adnex — Tumoren) die Bildung von Gonokokkenantigenen und Antikörpern an den Untergang von Gonokokken geknüpft. Ein reichlicher Untergang von Gonokokken und Zurückhaltung der Toxine und Leibessubstanzen, so daß die Bildung sessiler Rezeptoren angeregt wird, kommt nur in abgeschlossenen Herden unter den Begleiterscheinungen des entzündlichen Infiltrats und Exsudats zustande. Nur in diesen geschlossenen gonorrhöischen Entzündungsherden kann es durch den Zerfall von Gonokokken zur Bildung von Antigenen und Ambozeptor und daher zu einer Immunitätsreaktion im Gewebe, zur Heilung durch Vernichtung, durch Einschmelzung des Antigens kommen. Es ist durchaus kein Zufall, daß das Vakzin nicht bei der Urethritis anterior wirkt, sondern nur bei Epididymitis, Prostatitis, Arthritis, Adnexitis, Spermatocystitis usw. Nur so, schrieb ich, kann ich mir auch meine Beobachtung erklären, daß bei der Gonorrhoe der Frau anscheinend in bestimmten Fällen auch die Erkrankung der Uterusschleimhaut, d. h. der Fluor, ohne Anwendung jeder anderen Therapie (auch keine Scheidenspülungen) durch das Gonokokkenvakzin ausgeheilt wurde, wenn es sich schon um eine länger bestehende Gonorrhoe mit Metritis oder Adnexitis handelte. Der Eiter wird eben in solchen Fällen im Uterus nicht, wie in der Harnröhre durch den Urin, von selbst nach außen geschafft, sondern durch die Enge der Ostien oder durch Schleimpfropfen am Abfluß gehindert, so daß im stagnierenden Eiter genügend Endotoxine auf der Schleimhaut zerfallen, um eine Immunitätsreaktion des Gewebes auszulösen. Denselben Standpunkt hat später auch Schmitt eingenommen, der in der Ziellerschen Klinik in Würzburg eine größere Anzahl von Cervixgonorrhöen behandelt hat.

1911. A. Schmitt: Die spezifische Behandlung der Gonorrhoe mit besonderer Berücksichtigung der Cervixgonorrhoe. Münchener med. Wochenschrift. 1911. Nr. 41. Auch in der Klinik von Loeb im Städtischen Krankenhaus zu Mannheim erwies sich die Vakzine gerade bei Adnextumoren überraschend schnell und spezifisch wirksam, worüber Dorn berichtete (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 11). Die praktische Durchführung der aktiven Immunisierung mit Gonokokkenvakzine ist einfach, nachdem alleseitig auf die Bestimmung des opsonischen Index verzichtet wurde und verzichtet werden konnte. Obwohl beobachtet wurde, daß man mit einer Autovakzine, die aus der Kultur der eigenen Gonokokken des Patienten hergestellt ist, in manchen Fällen bessere Resultate erzielte, so werden doch in der Praxis, da man nicht immer genügendes Material zur Herstellung von Autovakzinen hat, die fabrikmäßig hergestellten polyvalenten Vakzinen benutzt, so die Reitersche Vakzine (Wallmüllersche Apotheke, Berlin), die Brucksche Vakzine Arthigon (Chemische Fabrik auf Aktien vorm. Schering, Berlin), die englische Vakzine (Parc Davis & Co.), das Gonargin (Höchster Farbwerke). Außerdem stellt heute jedes bakteriologische Privatlaboratorium Vakzinen her, denn die Herstellung solcher Vakzinen ist kein Geheimnis und einfach genug, wenn man genügend Ausgangsmaterial zur Verfügung hat und in der Züchtung von Reinkulturen geübt ist. Die einzelnen Vakzinen unterscheiden sich auch nicht in ihrer Wirkungsweise an sich, sondern nur durch den wechselnden Gehalt an abgetöteten Gonokokken pro Kubikzentimeter und infolgedessen nur durch graduelle Verschiedenheiten der nach der Injektion etwa eintretenden Reaktionserscheinungen. Auch in der Praxis stehen sich hier wieder zwei Richtungen einander gegenüber; die Anhänger der Oponintheorie, speziell Reiter, arbeiten nur mit kleinen Dosen, weil sie eine möglichst kurze und kleine negative Phase für wünschenswert halten. Von den Humoralpathologen wird die negative Phase selbstverständlich auch berücksichtigt, aber als nicht so bedrohlich für den Organismus aufgefaßt, wie von Wright und seiner Schule, weil, wie schon erwähnt, genügend Fälle ermittelt wurden, in denen trotz Absinkens des opsonischen Index, also während der negativen Phase, klinische Besserung eintrat, und umgekehrt Verschlimmerung trotz Ansteigens des opsonischen Index. Die Humoralpathologen, insbesondere Bruck, bevorzugten daher mittlere und stärkere Dosen, um gerade eine kräftige Reaktion zu erzielen. Man muß nur dabei berücksichtigen, daß dann die negative Phase etwas länger dauert und man nicht zu früh, sondern erst am 4. bis 5. Tage, während der beginnenden positiven Phase, neues Antigen zuführt. Obwohl Bruck Wert darauf legt, fieberhafte Reaktionen mit dem Arthigon zu erzielen, so ist der klinische Erfolg oder Mißerfolg der Immunisierung an sich doch durchaus nicht an das Auftreten von Reaktionsfieber gebunden. Es sind Fälle bekannt geworden, in denen klinische Besserungen eintraten, obwohl nach Arthigininjektionen

das Reaktionsfieber ausblieb, wie auch mit der Reiterschen Vakzine in solchen Dosen, welche überhaupt eine Reaktion nicht auslösen konnten, Erfolge erzielt werden. Es tritt nach dem Bruckschen Arthigon überhaupt nicht immer regelmäßig eine Fieberbewegung ein, sie bleibt bei vielen Patienten vollkommen aus. Allerdings ist dann auch in den meisten Fällen, wenn das Fieber ausblieb und überhaupt keine Reaktion nach der Bruckschen Vakzine eintrat, die Vakzine wirkungslos geblieben und nicht der mindeste Erfolg zu verzeichnen gewesen. Das Fieber selbst ist für den Kranken vollkommen unschädlich und ohne Bedeutung. Außer Mattigkeit hat der Kranke keine weiteren erheblichen Beschwerden, denn es ist eben ein ganz anderes Fieber in der allgemeinen Wirkung auf den Organismus, als das autogene Fieber im Verlaufe einer Infektionskrankheit, nach Invasion lebender, virulenter Bakterien. Natürlich muß der Kranke bei höheren Fiebertemperaturen, die gewöhnlich nach 24 Stunden kritisch abfallen, einen Tag zu Hause das Bett hüten. Wenn nun auch daran nicht zu zweifeln ist, daß man mit den kleineren Dosen Reiters auch Erfolge erzielen kann und prinzipielle Unterschiede zwischen der Bruckschen und der Reiterschen Vakzine nicht bestehen, so bevorzuge ich selbst und viele andere aus rein praktischen Gründen doch die Brucksche Vakzine, weil man durch diese sehr viel schneller zur Klarheit gelangt, ob die Immunisierung überhaupt einen Effekt erzielt und der Kranke überhaupt reagiert. Von der Bruckschen Vakzine, welche 20000000 abgetöteter Gonokokken in 1 ccm enthält, spritzt man alle 4—5 Tage $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$, 2 ev. 3 ccm ein. Tritt weder Fieber auf, noch eine sichtbare klinische Besserung, so hat es meistens gar keinen Zweck, nach der dritten Injektion von 1,5 noch weitere Injektionen zu versuchen. Gerade bei der chronischen Gonorrhoe der Frauen mit chronischer Adnexitis und mit beständig schwankendem Fluor z. B., hat man, wenn klinisch eine Besserung nicht deutlich zutage tritt, und man absichtlich nach Reiter mit so kleinen Dosen immunisiert, daß man Reaktionen vermeidet, gar keinen Fingerzeig, ob die Kranke für die Immunisierung sich eignet und man von weiteren Injektionen noch etwas zu erwarten hat. Denn es ist nicht sehr angenehm, wenn man derartig chronische Leiden immer weiter „immunisiert“ und eine Injektion auf die andere folgt, ohne daß die Kranken selbst irgend einen Erfolg sehen. Ich sage daher jedem Kranken überhaupt vorher, daß ich nicht wissen könne, ob gerade bei ihm ein Erfolg eintreten und ob er gerade reagieren werde, daß man aber schon nach 3 Einspritzungen darüber im klaren sei. Wenigstens würde ihm keinerlei Schaden zugefügt, wenn die Immunisierung vergeblich vorgenommen worden war. Nach welcher Methode der einzelne Arzt immunisieren will, ob nach der Bruckschen oder nach der Reiterschen, muß ihm selbst überlassen bleiben, nach eigenem Studium der nun anzuführenden einzelnen Arbeiten der Autoren. Bevor ich auf diese Arbeiten über die Wirkung der Vakzine bei Epididymitis näher eingehe, will ich hier, um Wiederholungen zu vermeiden, die prinzipiellen Vorschriften anführen, welche Reiter und Bruck für die Anwendung ihrer Vakzinen geben. Diese Vorschriften sind von allen Autoren innegehalten worden.

(Schluß folgt.)

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Steinkohlenteer in der Dermatologie**, von Rygier und Müller. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912.)

Der Steinkohlenteer, der erst in jüngster Zeit Eingang in den dermatologischen Arzneischatz gefunden hat, verdankt seine Wirksamkeit teils seiner Zusammensetzung aus differenten, therapeutisch wirksamen Stoffen, wie Schwefel, Karbolsäure usw., teils seinem physikalischen Einfluß auf die Haut, der in der Bildung eines die Luft völlig abschließenden, gleichmäßigen Druck ausübenden Überzuges besteht. Indiziert ist seine Anwendung hauptsächlich beim chronischen Ekzem, wo er seine „juckstillende, austrocknende, anämisierende, die Infiltration vermindernde Wirkung“ entfaltet, beim Lichen chronicus Vidal und bei der Prurigo Hebrae. Die Ersatzpräparate des Steinkohlenteers

stehen ihm an Wirksamkeit bedeutend nach, denn gerade die durch die Natur bewerkstelligte Kombination der einzelnen chemischen Elemente in Verbindung mit seinen physikalischen Eigenschaften befähigen das Mittel zur Entfaltung der geschilderten Heilwirkungen. Lilienstein-Hamburg.

- 2) **The dry treatment of certain moist dermatoses**, by Ch. H. White. (Journ. of Cutan. Disease. 1912. Dezember.)

In 11 Fällen von Dermatitis herpetiformis, Dermatitis exfoliativa und Pemphigus erzielte Verf. 10mal Heilung oder erhebliche Besserung durch folgendes Verfahren: Die Kranken wurden, wenn sie sich in akutem Stadium mit starkem Nässen und Schmerzen an der Haut befanden, nackt auf einer Luftmatratze gelagert, Laken und Decken über hohle Gestelle gespannt und die feuchten Hautpartien dick mit gereinigtem Stärkemehl gepudert. Ebenso wenig wie das Lager den Körper berühren darf, müssen auch aneinanderliegende Hautstellen durch eine dicke Puderschicht getrennt werden. Sammelt sich Pus unter Krustenbildung, so sind die Krusten zu entfernen und nach antiseptischer Waschung neu zu pudern. Ist die Kopfhaut ergriffen, so muß das Haar geopfert werden. Augen, Ohren, Nase und Mund sind durch Waschungen und Gurgelungen vor dem unangenehmen Einfluß des Staubes zu schützen. J.

- 3) **Zur Methodik der Röntgentherapie**, von H. Ritter. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. IX. 1912. Nr. 14.)

Eine Empfehlung der Burger Zentral-Therapieröhren, mittels welcher man nach einem von Hans Meyer angegebenen Verfahren auch exakt Teildosen applizieren kann unter ständiger Kontrolle der Qualität und Quantität der Röntgenstrahlen. C. Siebert-Charlottenburg.

- 4) **Über Veränderungen der Achselweißdrüsen während der Gravidität**, von Waelsch. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Bei Graviden beobachtet man konstant Veränderungen im Sinne von Funktionssteigerungen an den großen Achselhöhlenschweißdrüsen, welche zu Beginn des Puerperiums ihre Höhe erreichen, um sich dann allmählich zurückzubilden. Diese Erscheinungen sind zu trennen von den mit der Gravidität einhergehenden Schwellungen an eventuell in der Achselhöhle vorkommenden Milchdrüsen. Verf. reiht die Achselhöhlenschweißdrüsen in die Gruppe der sekundären Geschlechtsmerkmale ein, die analog den Milchdrüsen während der Menses und der Gravidität entsprechende Veränderungen erleiden. Lilienstein-Hamburg.

- 5) **Die kombinierte May-Giemsa-Essigsäure-Färbungsmethode als ätiologische Universalübersichtsfärbung**, von A. Pappenheim. (Anatom. Anzeiger. XLII. 1912. Nr. 20 u. 21.)

Verf. hat vor einiger Zeit als eine besonders distinkte Färbung der Organe des hämopoetischen Apparates eine kombinierte May-Giemsa-Essigsäure-Färbungsmethode angegeben. Er erweitert jetzt die Anwendbarkeit dieser Methode auch auf Schnitte von anderen Organen, wie Lunge, Leber, Nieren usw. Er empfiehlt sie auch als Übersichtsbilder bei dermatologischen Präparaten. C. Siebert-Charlottenburg.

- 6) **Die biologischen Grundlagen der Röntgentherapie. Die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf das Auge**, von H. Meyer. (Strahlentherapie. 1912. S. 151.)

Birch-Hirschfeld konnte bei einigen Fällen nachweisen, daß therapeutische Röntgenbestrahlungen — allerdings sehr exzessive —, in der Nähe

der Augen appliziert, schwere Veränderungen an der Cornea und im Innern des Auges auslösen können. Die Veränderungen im Innern des Auges sind eigenartige Degenerationsprozesse an den Gefäßen, und zwar sowohl an der Iris, Ziliarkörper und Netzhaut. Weiter hochgradige Degeneration der Netzhautganglienzellen und auffallende Veränderungen an der Macula. Gutmann und Treutler haben auch chronische Röntgenschädigungen an der Cornea bei Röntgeningenieuren beobachtet.

C. Siebert-Charlottenburg.

- 7) **Hemicanities bei Hemiplegie**, von S. Loeb. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 3.)

Ein 51jähriger Mann hatte einen Schlaganfall mit linksseitiger Fazialislähmung; 8 Tage später sah er sich zum ersten Male wieder im Spiegel; die Kopf- und Barthaare der befallenen Gesichtsseite waren ergraut.

Schourp-Danzig.

- 8) **Zur Chemie der Haut. X. Über Granoplasma und eine allgemeine Methode zur mikrochemischen Erforschung eiweißartiger Zellbestandteile**, von P. G. Unna und L. Golodetz. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Granoplasma ist ein in den meisten Fällen reichlich vorhandener saurer Eiweißkörper, welcher es möglich macht, den Zellleib intensiv mit basischen Farben färben zu können. Er findet sich in der Haut immer in den unverhornten Deckepithelien, den Stachelzellen des Haarbalgs und in den Keimzellen der Knäuel- und Talgdrüsen; je intensiver sich diese Zellen mit Methylenblau und Pyronin färben, um so mehr Granoplasma enthalten sie. Die Untersuchungen der Verff. ergaben, daß das Granoplasma die allgemeinen Eigenschaften der Deuteroalbumosen mit gewissen speziellen Eigenschaften der (primären) Akroalbumose verbindet. Die Einzelheiten sind im Originale nachzulesen.

Schourp-Danzig.

- 9) **Über Jodostarin**, von Th. Pertik. (Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 2.)

Jodostarin „Roche“ ist völlig geschmacklos, verursacht Jodismus nur in großen Dosen, enthält 47,5% Jod, passiert den Magen ohne irgendwelche Veränderung, wird leicht und schnell aufgenommen, hingegen langsam eliminiert.

Schourp-Danzig.

- 10) **Die Erfolge und Mißerfolge der Vakzinationstherapie**, von Wolfsohn. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 49.)

Bei chronischer Acne suppurativa und bei allgemeiner Furunkulose ist sie als aussichtsvoller Versuch zu empfehlen. Ganz auffällig gute Erfolge, z. B. bei chronischem Ekzem, wurden erzielt mit einem modifizierten Vakzin, das nicht nur mit abgetöteten Bakterien, sondern auch mit abgeschwächtem Toxin in steigender Dosis immunisiert. Günstig waren die Erfolge bei Arthritis und Epididymitis gonorrhoeica. Bei Coliinfektionen war der Erfolg zweimal deutlich, dreimal nicht nachweisbar.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 11) **Ein neues Präparat zum Schutz der gesunden Haut gegen Röntgenstrahlen**, von Wurm. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 10.)

Verf. empfiehlt zum Schutz der Haut eine von ihm angegebene Glycerin-Stärkepaste, die Blei und Wismutnitrat in feiner Verteilung enthält.

Raff-Augsburg.

Entzündliche Dermatosen.

- 12) I. **Traitement du psoriasis par les piquûres d'énésol**, par R. Sabouraud.
— II. **Traitement du psoriasis par l'énésol**, par Duc. (Annales de Laborat. clin. 1912. Nr. 6.)

S. berichtet über ausgezeichnete Heilerfolge bei Psoriasis mit intramuskulären Injektionen von Enesol, während die von D. behandelten Fälle syphilitische Psoriasis betrafen. D. wirft die Frage auf, ob auch die Patienten S.'s vielleicht Syphilis gehabt hätten. J.

- 13) **La magnésic calcinée dans le traitement des verrues planes**, par Petges. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 132.)

Eine junge Frau von 28 Jahren hatte seit einigen Monaten im Gesicht massenhafte Verrucae planae, das letztere sah aus wie von einer gelblichroten Maske bedeckt, auch an den Handrücken fanden sich die Warzen vereinzelt. Nachdem sie 10 Tage lang je 4 g kalzinierter Magnesia, in einzelnen Dosen mit etwas Wasser, genommen; die sie gut ohne Darmstörungen vertrug, heilte die Affektion schnell mit Hinterlassung weiblicher Flecke, die verten Narben glichen, ab. Es ist bekannt, daß auch Papillome des Larynx manchmal unter dieser Therapie heilen.

Paul Cohn-Berlin.

- 14) **Folliculitis und Perifolliculitis ulcerans serpiginosa**, von Bizzozero. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Bei einem 68jährigen Mann findet sich eine seit 32 Jahren bestehende Dermatoze, die auf der Stirn und dem behaarten Kopf lokalisiert ist. Die Affektion beginnt mit einer Folliculitis, die zur Elimination des Haares führt, und geht mit einer ausgedehnten Perifolliculitis unter Bildung von Granulationsgewebe mit Riesenzellen einher. Durch Konfluenz benachbarter Knötchen kommt es zu einem großen Infiltrat, das schließlich ulzeriert und nach Persistenz von Monaten und auch Jahren allmählich unter Atrophie der Haarfollikel abheilt. Die Erkrankung läßt sich unter keines der bekannten Krankheitsbilder einreihen. Verf. bezeichnet sie als „Folliculitis et Perifolliculitis ulcerans serpiginosa“, womit er ihre Hauptcharaktere zusammenfaßt. Genaueste Untersuchungen zur Erforschung der Ätiologie der Erkrankung haben die Anwesenheit des Staphylococcus aureus in den Effloreszenzen ergeben, der deshalb vielleicht eine Rolle beim Zustandekommen dieses komplizierten Krankheitsbildes spielt.

Lilienstein-Hamburg.

- 15) **Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea**. Bemerkungen zu Matzenauers und Pollands gleichnamigem Aufsatz (CXI. H. 2), von Mathes. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Verf. polemisiert gegen die Annahme von Matzenauer und Polland, die unter dem Namen „Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea“ ein selbständiges Krankheitsbild aufstellen, das durch im Blute kreisende Toxine der hypoplastischen Ovarien hervorgerufen sein sollte, während er glaubt, daß es sich in den beobachteten Krankheitsfällen um eine Konstitutionsanomalie handelt, die er als „asthenischen Infantilismus“ bezeichnet. Er versteht darunter eine Entwicklungshemmung des ganzen Körpers, wobei auch das Nervensystem eine verminderte Widerstandsfähigkeit zeigt, indem es leichteste Reize, wie sie z. B. die innersekretorischen Produkte der Keimdrüsen darstellen, aufnimmt und den Gefäßnerven zuleitet, wodurch eine angioneurotische Entzündung hervorgerufen wird.

Lilienstein-Hamburg.

- 16) **Ein Fall von Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea**, von Friedeberg. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Bei einer 30jährigen Patientin, die an Dysmenorrhoe leidet, zeigen sich an symmetrischen Stellen des Körpers unter erheblichen subjektiven Beschwerden Entzündungserscheinungen der Haut, von Rötung bis zur Blasenbildung, deren Auftreten mit der Menstruation in zeitlichem Zusammenhang steht. Dieses

Krankheitsbild zeigt eine frappante Übereinstimmung mit den von Matzenauer und Polland unter dem Namen „Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea“ mitgeteilten Fälle. Aus den interessanten Untersuchungen über den Lipoidgehalt und die Verminderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Graviden und Dysmenorrhoeischen glaubt Verf. den Schluß ziehen zu dürfen, daß innersekretorische Produkte der Ovarien, die bei Störungen der Ovarialfunktion nicht ausgeschieden werden können, in größeren Mengen im Blute kreisen und durch Alteration der Gefäßwände die beschriebene Dermatose auslösen.

Lilienstein-Hamburg.

- 17) **Angioneurotische oder toxische Entzündung?** Bemerkungen zur Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea Matzenauer-Polland, von Kreibich. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Die von Matzenauer und Polland unter dem Namen „Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea“ beschriebenen und den toxischen Entzündungen eingereihten Hautveränderungen hat auch Verf. beobachtet. Doch lehnt er die von den beiden Autoren gegebene Erklärung der Hautphänomene (Auto-intoxikation durch Ausfall der Ovarialfunktion) ab. Er faßt vielmehr den Prozeß als Reflexneurose mit hauptsächlichlicher Beteiligung der Gefäßnerven auf und will ihn der Gruppe der neurotischen Gangrän einverleibt wissen.

Lilienstein-Hamburg.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 18) **Ein Fall von seltener Morphologie und Lokalisation eines Cornu cutaneum,** von J. Peyri. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXV. 1912. H. 3.)

Der vorliegende Fall imponiert sowohl durch seine ungewöhnliche Größe als durch seine Lokalisation und Morphologie. Der 68jährige Patient war bis auf geringe Arteriosklerose gesund und entstammte einer unbelasteten, auch von Neoplasmen freien Familie. Vor 2 Jahren trat die pilzförmige Geschwulst auf dem rechten Fußrücken auf, verursachte dem Sandalen tragenden Manne keine Beschwerden, wuchs bis 6 cm im Durchmesser und 2—3 cm Höhe, war an der Basis in der Haut adhärent und am Rande mit bräunlichen Schuppen bedeckt. Nach Exstirpation wurde die Wunde teils durch Naht, teils durch Transplantation gedeckt. Histologisch fanden sich nukleäre Degeneration der Hornzellen, Vakuolen in der zentralen Partie, neben Hyperkeratose eine Hyperakanthose in der tieferen Malpighischen Schicht.

J.

- 19) **Über Nackenkeloid oder Dermatitis nuchae sclerotisans,** von A. Trýb. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 49.)

Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine von den Haarfollikeln ausgehende chronische Entzündung, die allmählich nach dem Abschlusse der primären perifollikulären Leukozytose sich durch starke Wucherung des Spindelzellengewebes auszeichnet, welches anfangs reichliche Plasmomherde produziert, später diese durch fibroblastische Wucherung verdrängt und unter mächtiger Kollagenbildung ein Bild eines eigentümlich aufgebauten Keloids darstellt. Durch mechanische, lokale Insulte wird die ursprüngliche Reizung durch Kokkentoxine unter Verschleppung der Kokken immer weiter aufrecht erhalten und so das Bindegewebe zu einer andauernden fibroblastischen Tätigkeit gereizt.

Schourp-Danzig.

- 20) **Verschwinden sämtlicher Warzen nach Röntgenbestrahlung einer kleinen Anzahl von ihnen,** von J. Halberstädter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 50.)

Als Erklärung der eigenartigen Reaktion nimmt Verf. an, daß bei dem Zugrundegehen einer Warzengruppe unter der Behandlung spezifische Substanzen frei werden, welche, in die Zirkulation gelangend, bei sämtlichen gleichartigen Gebilden eine Reaktion nach Art der Tuberkulinreaktion auslösen, die eine heilende Wirkung zur Folge hat.

Schourp-Danzig.

21) **Verschwinden der Warzen beider Hände nach Röntgenbestrahlung einer Hand**, von E. Delbanco. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 50.)

Bei einem Mädchen mit zahlreichen harten Warzen an beiden Händen wurde die rechte Hand mit Röntgenstrahlen behandelt. Im gleichen Tempo mit den Warzen der rechten Hand schwanden die Warzen der unbestrahlten linken Hand.

Schourp-Danzig.

22) **Molluscum de la grande lèvre**, par Malapert. (Province médicale. 1912. Nr. 28.)

Der Tumor hatte die Größe einer kleinen Orange und saß mit einem kleinfingerdicken, 10 cm langen Stiel am oberen Teil des Labium majus einer 18jährigen Frau, und zeigte durch tiefe Furchen getrennte Knoten. Das Gewicht des Molluscum zwang die Kranke, dasselbe in einem kleinen, um die Ceinture herum befestigten Sack zu tragen. Der Tumor bedeckte den Eingang der Vulva und bildete für die seit 6 Monaten verheiratete und im vierten schwangere Frau eine sehr störende Difformität. Sehr gute Photographie. Die Abtragung bot keine Schwierigkeit.

H. Netter-Pforzheim.

23) **Fall von Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna**, von Racinowski. (Przegląd chor. sk. i wen. 1912. H. 7—9.)

Der Fall des Verf.'s (aus der Watraszewskischen Abteilung des St. Lazarus-Spitals) verdient erwähnt zu werden: 1. wegen der Möglichkeit der histologischen Untersuchung des exzidierten Hautstückes, 2. wegen der besonders auffallenden anamnestischen Daten. 23jähriger Handlungsgehilfe, aufgenommen wegen Augen- und Ohrenbeschwerden. Eltern luetisch, wiederholt Totgeburten und Abortus. Stat. praes.: Residua keratitidis parenchymatosae sin.; Keratitis parenchymatosa heredo-syphilitica dextra, otitis labyrinthica syphilitica dextra. Wassermann + + + +. Am Hinterhaupt vier längliche Hautfurchen; Haut zwischen den Furchen verdickt, seborrhoisch, ohne sichtbare Entzündungserscheinungen. Mikroskopisch konnte Verf. und Dr. R. Bernhardt feststellen, daß hier ein Entzündungsprozeß von ausgesprochen chronischem Charakter vorliegt, ausschließlich in den tieferen Hautschichten lokalisiert; das endgültige Produkt des Entzündungsprozesses ist die Bildung sklerotischer Hautveränderungen. Nach energischer spezifischer Behandlung (Salvarsaninjektionen, Hg-Einreibungen, Jodkalium, Augenbehandlung) gingen die luetischen Erscheinungen vollkommen zurück, die Hautveränderung am Hinterhaupt blieb jedoch unverändert. Die bisherigen histologischen Untersuchungen sind nicht hinreichend (insgesamt fünf) zur sicheren Entscheidung, ob die entzündliche Veränderung in enger Verbindung mit der Furchung der Haut am Hinterhaupte steht, und wenn ja, ob noch andere Faktoren zu dieser Krankheit prädisponieren. Die negativen Resultate dieser histologischen Untersuchungen würden für die Annahme Jadassohns sprechen: daß die Cutis verticis gyrata eine Entwicklungsanomalie sei und, da sie auf einem Überschuß an Gewebe beruht, zur Kategorie der angeborenen Muttermale zu zählen sei. Baschkopf-Krakau.

Neuritische Dermatosen.

- 24) **Über Neurodermitis chronica faciei (Lichen simplex chronicus faciei)**, von E. Hoffmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Februar.)

Die Neurodermitis faciei ist eine ungemein hartnäckige und anfallsweise äußerst heftig juckende Krankheit, bei der oft der Pruritus dem Auftreten der Hauterscheinungen einige Zeit vorausgeht. Die graurötliche bis bräunliche, matte, glanzlose Beschaffenheit der Haut, die chagrinartige Felerung im Zentrum, die grauen glanzlosen, polygonal begrenzten, den Hautfeldern sich anschließenden Lichenknötchen in der peripheren Zone, die geringen dünnen, festhaftenden Schüppchen, das Fehlen deutlicher Bläschen und meist auch des Nässens charakterisieren das Krankheitsbild im Verein mit den Juckkrisen genügend. Therapeutisch sind dabei zu empfehlen eine 5—10%ige Tumenol-ammoniumpaste, Solutio lithantracis acetonica (Sack) und Röntgenbestrahlungen.

Immerwahr-Berlin.

- 25) **Die Röntgentherapie bei Lichen simplex chronicus und Eczema chronicum**, von Sh. Dohi. (Japan. Zeitschr. f. Dermatol. u. Urol. XIII. Fasc. 11.)

10 Fälle von Lichen simplex chronicus widerstanden jeder anderen Behandlung, wurden aber durch Röntgenbestrahlungen ausgezeichnet beeinflusst. Bei starken Erhebungen und wenig empfindlicher Haut wurde $\frac{1}{2}$, sonst $\frac{1}{3}$ Erythemdosis angewandt. Die Erkrankung bildete sich nach einer Sitzung 3mal, nach zwei Sitzungen 2mal, sonst nach drei bis fünf Sitzungen zurück, alle Fälle blieben bisher ohne Rezidiv. Auch bei chronischen Ekzemen wurde sowohl der Juckreiz wie das Exanthem durch zwei und drei Bestrahlungen geheilt oder erheblich gebessert.

J.

- 26) **Über die Pemphigusbehandlung mit Chinininfusionen**, von Leszczyński. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Bericht über 3 Fälle von Pemphigus vulgaris, die mit Chininkochsalzinfusionen behandelt wurden. Verf. begann mit kleinen Dosen von 0,5/150,0 und stieg bis auf 1,0/250,0, die nach Bedarf eventuell in 2-tägigen Intervallen appliziert wurden. In allen Fällen wurde ein günstiger Einfluß auf den weiteren Verlauf der Krankheit beobachtet, welcher sich in der Beschleunigung der Epithelbildung, der Beseitigung der von den Schleimhäuten ausgehenden subjektiven Beschwerden und infolgedessen Hebung des Allgemeinbefindens geltend machte.

Lilienstein-Hamburg.

- 27) **Report of four cases of pemphigus foliaceus and of a new line of treatment**, by H. C. Baum. (American Journ. of Dermatology and Genito-urin. dis. 1912. Juli.)

Zwei von den hier berichteten Fällen konnten dem tödlichen Ausgang nicht mehr entrissen werden, da es sich um die Autointoxikation von altersschwachen, schlecht genährten und in elenden hygienischen Verhältnissen lebenden bzw. an Nephritis leidenden Kranken handelte. Günstiger verliefen der 3. und 4. Fall, Pemphigus infolge einer Streptokokkeninfektion einer septischen Handwunde und einer Blutvergiftung bei vernachlässigten Ulcera. Beide Patienten genasen unter Lysolwaschungen, aseptischen Verbänden, verlängerten Bädern mit Lysolzusatz und innerem Gebrauch von Arsen, Strychnin und Jodkali.

J.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 28) **Meine Erfahrungen mit Jodmethylenblau und Kupferpräparaten bei äußerer Tuberkulose, speziell bei Lupus**, von A. Strauss. (Beiträge z. Chemotherapie d. Tuberkulose. 1912. H. 2.)

Verf. stellte in 60 Fällen von Lupus und anderer äußerer Tuberkulose Versuche mit Injektionen von zwei neuen Tuberkulosemitteln, Jodmethylenblau und Kupferchlorid an. Jodmethylenblau, 3—10 ccm subkutan, erzeugte weder Beschwerden noch Infiltrate oder Nekrose. Intravenöse Injektionen hatten manchmal Schüttelfrost, in einem schweren Falle Kollaps zur Folge. Das Kupferchlorid wurde nur bis 0,005 vertragen, rief Schmerzen, Infiltrate und Nekrosen hervor, geringer waren die schädlichen Nebenwirkungen bei Kupferkalium. Innerlich wurden beide Mittel gut vertragen, Salbenpräparate übten eine elektive Wirkung aus. Die Heilwirkung der Injektionen war bei beiden Mitteln langsam aber sicher, bei Jodmethylenblau noch etwas langsamer als bei Kupferchlorid. Verf. suchte die örtliche Reizwirkung herabzusetzen und die Ätiotropie des Kupfers zu vertiefen durch eine engere Kuppelung mit lipoidlöslichen Gruppen. Die im Tierversuch festgestellte Ätiotropie beider Mittel fand eine Bestätigung in den klinischen Erscheinungen beim Menschen. J.

- 29) **Wie soll man den Lupus nicht behandeln?** von A. Jungmann. (Med. Klinik. 1912. Nr. 48.)

Die von früher übernommenen Verfahren der Lupusbehandlung sind nicht imstande, eine rezidivfreie Beseitigung des Leidens zu erzielen und sind zu verwerfen, weil sie nicht allein nicht radikal wirken, sondern auch durch schwere Verwüstungen das Los der Befallenen verschlechtern, durch langdauernde Anwendung den richtigen Zeitpunkt der rationellen Behandlung versäumen lassen und durch die Herbeiführung wulstiger Narbenbildung den Boden für die Anwendung der richtigen Therapie verderben. Durch entsprechende Anwendung der Lichtmethoden, eventuell nach einer Vorbehandlung mit nur milden Ätzverfahren, lassen sich die lupösen Zerstörungen vermeiden. In den für die Exstirpation indizierten Fällen ist der Schnitt 1 cm weit in das gesunde Gewebe zu verlegen. Von den neuen physikalischen Methoden ist nicht eine als Universalheilmittel anzusehen, vielmehr ist häufig eine wohldurchdachte Kombination der einzelnen Methoden angebracht. Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß man bei der Lupusbehandlung nicht allein den lokalen Herd zu berücksichtigen, sondern den ganzen Menschen zu behandeln hat.

Biberstein-Gleiwitz.

- 30) **Über einen Fall kutaner Rindertuberkulose beim Menschen**, von Cosco, Rosa und de Benedictis. (Zentralbl. f. Bakteriol. LXVI. H. 2—4.)

In einem kleinen Fingertuberkel, der sich infolge einer Verletzung bei der Sektion tuberkuloseverdächtiger Rinder entwickelte, wurden Tuberkelbazillen vom Rindertypus nachgewiesen. Während die Rindertuberkulose beim Menschen ganz lokal blieb, zeigte sie sich für Rinder hochvirulent (Generalisierung des Virus mit nachfolgendem Exitus des Versuchstieres).

Pürckhauer-Dresden.

- 31) **Über Sklerom**, von Jurasz. (Przegląd Lek. 1912. Nr. 26.)

Verf. weist auf das immer häufigere Auftreten dieses Leidens in Galizien hin. In diesem Lande scheint die Krankheit sehr häufig vorzukommen. Aus ihrem Hauptherde in den südwestlichen Provinzen Rußlands dehnt sie sich auf immer entferntere Länder aus. Angesichts der Gefahr der allgemeinen Verbreitung dieses Leidens weist Verf. auf die Notwendigkeit einer amtlichen

Anzeige über das Vorkommen solcher Fälle, der Zusammenstellung einer genauen Statistik, sowie Einführung prophylaktischer Maßregeln gegen weitere Ausdehnung hin.
Baschkopf-Krakau.

- 32) **Diagnostic différentiel du pian, leishmaniose, sporotrichose et blastomycose**, par F. Terra et S. Aranzo jun. (Arch. Brasileiros de Medicina. 1912. Juni.)

Differentialdiagnostische Merkmale des Pian sind die Einheitlichkeit der Läsionen. Die Ulzera sind vegetant, papillomatös, auf die Haut beschränkt, verschwinden ohne Narben zu hinterlassen; die Drüsen der erkrankten Gegend werden fest und schmerzhaft. Die Adenopathie ist der syphilitischen ähnlich, auch Wassermann-Reaktion positiv. Der parasitäre Befund muß die klinische Diagnose bestätigen. Die leicht mit Blastomykose, in vegetanten Formen auch mit Pian zu verwechselnde Leishmaniosis lokalisiert sich auf den bloßen Körperstellen, daher nur selten am Rumpfe. Doch ist ihr Verlauf gutartiger und ihre Dauer länger als bei der Blastomykosis, sie affiziert im Gegensatz zu dieser das Drüsensystem nur geringfügig, ergreift aber auch die Schleimhäute. Wiederum muß der Parasit nachgewiesen werden. Die Blastomykose zeigt seltener papillomatöse Ulzerationen, sie unterscheidet sich von der benignen Sporotrichosis durch Verlauf, Lokalisation und die unsichere Wirkung des Jodkali. Kulturen und Tierimpfung sind von differentialdiagnostischem Werte.
J.

- 33) **Zur Frage einer spezifisch-diagnostischen Reaktion bei Pellagra**, von H. Raubitschek. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Im strömenden Blut sowie in den Organen Pellagröser sind spezifische Keime nicht nachweisbar. Im Serum pellagröser Individuen kommen keinerlei Antikörper oder Stoffe vor, die spezifisch für Pellagra wären. Die Pellagra hat eine photodynamische Ätiologie, da diese Erkrankung hervorgerufen wird durch eine einseitige Ernährung mit Mais guter oder schlechter Qualität, die aber erst unter dem Einfluß des Sonnenlichtes ihre deletären Wirkungen entfaltet. Es ist möglich, daß auch durch andere Nahrungsmittel — Reis, Hirse u. a. — unter dem Einfluß des Sonnenlichtes ähnliche Erkrankungen hervorgerufen werden.
Schourp-Danzig.

- 34) **Bacillurie lépreuse**, par L. Lagane. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 16.)

Verf. konnte bei Leprösen, die an der tuberösen Form litten, den Übergang des Hansenschen Bacillus in den Harn mehrfach beobachten, namentlich, wenn auch nicht regelmäßig, nach intravenösen Einspritzungen von Arsenobenzol in hohen Dosen, doch kann Bazillurie hie und da bei manchen dieser Kranken auch spontan auftreten.
B. Solger-Neiße.

- 35) **L'acide phénique dans le traitement de la lèpre**, par A. Bertarelli. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1912. Fasc. 1.)

Ein Lepröser, welcher besonders unter Fieber und Schwäche litt, bekam nach Injektionen von Acid. phenyl., 3 ccm einer Lösung von 1% steigend bis zu 10 ccm von 2% täglich, normale Temperatur, besseren Appetit, höheres Gewicht. Nach lokalen Injektionen verschwanden auch lepröse Tumoren, rezidierten allerdings nach einigen Monaten, während dystrophische Ulzerationen völlig heilten. Im ganzen wurden während der 7 Monate langen Kur 14 g Acid. phenyl. verbraucht.
J.

Gonorrhoe.

- 36) **Über Gleitmittel zum Schlüpfriigmachen der Finger und Instrumente des Arztes**, von Dufaux. (Zeitschrift f. Urologie. VI. 1912.)

Folgende Erfordernisse muß man an ein in jeder Hinsicht zureichendes Gleitmittel stellen können: es muß keimfrei, wasserlöslich, ferner fähig sein, die Gleitbarkeit der Finger und Instrumente aufs beste zu bewirken und darf endlich keine irritierende Bestandteile enthalten. Während man früher ausschließlich natürliche Fette und Paraffine benutzte, deren hauptsächlichster Nachteil die schwere Sterilisierung und ihre völlige Unlöslichkeit in Wasser waren, konnte man es als großen Fortschritt betrachten, als O. Barlow das Glycerin als Gleitmittel empfahl, welches vollständig wasserlöslich ist und durch Auskochen leicht sterilisiert werden kann. Leider läßt Glycerin in bezug auf Schlüpfriigmachen der Instrumente und Finger viel zu wünschen übrig und übt außerdem eine unangenehme Reizwirkung auf Schleimhäute aus. Diesen Übelständen sucht man durch Eindicken von Glycerin oder Zusatz von Traganth abzuwenden. Nach einer ausführlichen Beschreibung und Kritik der früheren Gleitmittel, welche sämtlich nach Meinung des Verf.'s nicht den an sie zu stellenden Anforderungen genügen, empfiehlt er das nach seinen Vorschriften hergestellte „Glykosin“, welches chemisch eine Lösung von Seifen in Glycerin darstellt und keinerlei Reizwirkung auf Schleimhäute ausübt. Nur bei der Kystoskopie empfiehlt Verf. das Glycerin beizubehalten, da sich Glykosin in Wasser opaleszierend löst.

Willy Cohn-Berlin.

- 37) **Über ein neues, die Eiterkörperchen auflösendes, die Gonokokken schnell vernichtendes Mittel**, von Dufaux. (Zeitschrift f. Urologie. VI. S. 811.)

Angeregt durch erfolgreiche Versuche Löhleins bei Behandlung der Blennorrhoe mittels gallensaurer Salze berichtet Verf. über therapeutisch günstige Resultate, welche er mit Choleval, einer Kombination aus Natr. Choleinic. und Argent. colloïdale bei der männlichen Urethralgonorrhoe erzielte.

Willy Cohn-Berlin.

- 38) **Kératodermie blennorhagique**, par Fr. E. Simpson. (American Journ. of the med. Association. 1912. 24. August.)

Einem Literaturbericht über Dermatosen gonorrhöischen Ursprungs fügt Verf. einen eigenen Fall von Keratodermie im Anschluß an Gonorrhoe hinzu. Der 28jährige Patient hatte infolge einer lange dauernden Gonorrhoe eine heftig schmerzende Arthritis gonorrhoeica der Bein- und Fußgelenke bekommen. Einige Wochen nach der Gelenkerkrankung erschienen die gelblichen erhöhten Pusteln, die in Krustenbildung übergingen und sich schnell über den Körper verbreiteten. Elender Allgemeinzustand und Gelenkschmerzen, die den Pat. 2 Jahre ans Bett fesselten, trieben ihn zum Selbstmord. Die Sektion ergab Polyarthritis, Hyperämie der Lunge, Leber und Eingeweide, Pleuritis, Pericarditis, Hypertrophie des Herzens, Atrophie der Hoden, Vesiculitis und Prostatitis, doch fanden sich nirgends mehr Gonokokken. Die Pusteln enthielten Plasmazellen, Keratohyalin, granulösen Detritus und zusammengedrückte polynukleäre Leukozyten. Die Hauteruption war durch Resorzin und Schwefel günstig beeinflußt worden.

J.

- 39) **Über die experimentelle Bewertung der Santalpräparate**, von J. Pohl. (Therapeut. Monatshefte. 1912. Nr. 12.)

R. Winternitz hat ein Verfahren angegeben, das die entzündungswidrige Wirkung der Balsame zu messen gestattet; es besteht darin, in die Pleurasäcke zweier gleichschwerer Versuchstiere Aleuronat oder erhitzte Hefesuspension

zu injizieren und nach bestimmter Zeit das Exsudat zu messen, nachdem das eine Versuchstier den Balsam per os erhielt. Es ergab sich, daß die Handelspräparate des Santalöls physiologisch ganz verschieden sind, daß reines Santalöl energisch wirksam, Kawazusatz ebenfalls als antiphlogistisch wirksam zuverläßig ist, Gurjumbalsam, Allosan, Arrhovin, Matikoöl und Chlorkalzium ungenügend wirksam bis unwirksam blieben.

Schourp-Danzig.

40) **Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen**, von E. R. W. Frank. (Deutsche med. Woch. 1912. Nr. 49.)

Ein Vorzug des Adamons vor anderen ähnlichen Präparaten ist seine absolute Indifferenz gegenüber den Verdauungsorganen; es leistet therapeutisch mehr als die bisherigen Mittel, die zur Bekämpfung urogenitaler Reizzustände zu Gebote standen. Auch in einem Falle pathologisch erhöhten Sexualtriebs sah Verf. ein günstiges Ergebnis der Wirkung des Adamons. Schourp-Danzig.

Syphilis.

41) **The luetin test for syphilis**, by Gradwohl. (Medical Record. 1912. 25. Mai.)

In 45 Syphilisfällen wurde ein negativer Ausfall dieser Hautreaktion bei primärer und sekundärer Lues, dagegen ein deutlich positiver Ausfall im tertiären Stadium gefunden und bei denjenigen Fällen sekundärer Lues, die mit einmaliger Injektion von Salvarsan behandelt waren. Sie ist im tertiären Stadium deshalb besonders wichtig, weil der Wassermann hier oft versagt. Die positive Reaktion zeigt sich am dritten Tage nach der superfiziellen Injektion, und zwar in Form einer Papel oder einer Pustel und auch in der sogenannten „torpiden Form“, wo die Papel oder Pustel erst nach 6—7 Tagen plötzlich zum Ausbruch kommt. Bei manchen Patienten zeigte sich auch eine geringere Reaktion an der Einstichstelle des Kontrollarmes, der nur mit Kontrollflüssigkeit injiziert wurde. Verf. führt diese Erscheinung auf jene Empfänglichkeit der syphilitischen Haut gegen Traumen zurück, welche Neisser als „Umstimmung“ bezeichnete.

Hellendall-Cöln.

42) **Beiträge zur Lösung der Frage nach der Resorption und Ausscheidung des zur Syphilisbehandlung verwendeten Quecksilbers**, von H. Wallfisch. (Inaug.-Dissert. Breslau 1912.)

Die Versuche wurden an Hunden und Menschen ausgeführt. Zur quantitativen Bestimmung des durch Harn und Fäzes ausgeschiedenen Hg kam die Röhmman-Siebertsche Methode in Anwendung. Ein großer Unterschied zwischen der Ausscheidung von Sublimat und Kalomel besteht merkwürdigerweise nicht. Die Höhe der Ausscheidung ist etwa nach 8 Tagen erreicht, jedoch sind in den ersten Tagen die Ausscheidungen nach Kalomel kleiner als nach Sublimat. Auffallend ist weiter die relativ schnelle, vollständige Ausscheidung des Kalomels, während Sublimat länger im Organismus remaniert. Nach Injektionen von Ol. cinereum wird das Hg etwas langsamer ausgeschieden, die Ausscheidung im Urin sinkt aber plötzlich auf 0, während sie im Kot allmählich fällt. Von Hg. salicyl. wird etwa schon nach 3 Tagen das Maximum der Ausscheidung erreicht. Ähnlich verhält sich Asurol, bei welchem Präparat die Ausscheidung wesentlich durch den Darm erfolgt.

C. Siebert-Charlottenburg.

43) **Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der mercuriellen Colitis und Stomatitis**, von J. Almkvist. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. November u. Dezember.)

Diejenigen lokalen Verhältnisse, welche zusammen mit dem Quecksilber die Schleimhautveränderungen hervorrufen, sind Fäulnisprozesse. Diese Fäulnisprozesse bewirken nämlich erstens eine Auflockerung und Erodierung der Schleimhaut und zweitens Entwicklung von Schwefelwasserstoff. Durch die erodierte Schleimhaut wird dieser H_2S teilweise resorbiert und trifft dann in den oberflächlichen Blutkapillaren der Schleimhaut das quecksilberhaltige Blut, wodurch ein Niederschlag von Schwefelquecksilber entsteht, welcher sich in den Endothelzellen der Gefäßwand niederschlägt. Hierdurch wird die physiologische Rolle der Gefäßwand gestört, und infolgedessen leidet die Nutrition des Gewebes, so daß degenerative Prozesse, die zu Nekrose führen, sich im Gewebe entwickeln. Daß die Niederschläge von HgS in den Wänden der oberflächlichen Kapillarschlingen eine so starke und schnelle pathologische Wirkung erzeugen können, hängt davon ab, daß das HgS eine Giftwirkung auf seine Umgebung ausübt.

Immerwahr-Berlin.

- 44) **Wer ist der „Pfälzer Anonymus“?** von E. Hoffmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Dezember.)

Der „Pfälzer Anonymus“ ist, wie jetzt unzweifelhaft feststeht, der am 6. Februar 1887 verstorbene Medizinalrat Dr. Julius Bettinger, Kantonsarzt und Leiter der allgemeinen Armen- und Krankenanstalt zu Frankenthal in der Pfalz, dessen Impfungen an gesunden Menschen für die Frage nach der Ansteckungsfähigkeit der sekundären Krankheitserscheinungen und des Blutes Syphilitischer von entscheidender Bedeutung geworden sind.

Immerwahr-Berlin.

- 45) **Ulcus cruris varicosum und Syphilis**, von F. Zinsser und P. Philipp. (Dermatolog. Zeitschrift. 1912. Dezember.)

Bei einer sehr großen Zahl von *Ulcera varicosa cruris* wurden durch Röntgenphotogramme Knochenveränderungen und Periostitis, sowie durch eine positive Wassermann-Reaktion als Ursache alte Syphilis festgestellt. Eine spezifische Behandlung, besonders mit Salvarsan, beschleunigte die Heilung der *Ulcera*. Möglicherweise beruht der ganze variköse Symptomenkomplex auf syphilitischen Gefäßveränderungen.

Immerwahr-Berlin.

- 46) **Über Primäraffekte der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und ihre Diagnose**, von E. Hoffmann. (Inaug.-Dissert. Königsberg 1912.)

Verf. geht zunächst auf die Infektionsmöglichkeiten ein, wobei er auf die Arbeiten von Bulkley, Scheuer, Münchheimer und Fournier zurückgreift. Sodann weist Verf. nacheinander auf die klinischen Bilder der Primäraffekte der äußeren Nasenwand, des Naseninnern, der Lippen, der Tonsillen, der Zunge, des Zahnfleisches, des harten und weichen Gaumens, der hinteren Rachenwand hin, wobei er besonders auf die entsprechenden Lymphdrüenschwellungen aufmerksam macht. Es folgt die Besprechung der histologischen pathologisch-anatomischen Befunde mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber den Geschwülsten und Dermatosen der Schleimhäute, der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle. Die serologischen Untersuchungsmethoden haben nach Ansicht des Verf.'s wie bei den anderweitigen Primäraffekten keinen ausschlaggebenden Wert. Dagegen hält er den Nachweis der *Spirochaeta pallida* auch bei Anwesenheit der ähnlichen Mundspirochäten für wichtig. Zum Schluß weist Verf. darauf hin, daß man mit der Wirksamkeit des Ehrlichschen Salvarsans bzw. des Quecksilbers sich über das Vorhandensein eines Primäraffektes eventuell auch Klarheit verschaffen könne.

J.

- 47) **Notes sur le néosalvarsan**, par Jacquet et Sluys. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 112.)

Nach den Erfahrungen, die die Verff. mit dem Neosalvarsan bisher gemacht haben, kann man in frischen Fällen von Lues, wenn der Primäraffekt noch nicht älter als 14 Tage ist, mit dem Mittel Sterilisation erzielen; in weiter vorgeschrittenen Stadien scheinen die Resultate nicht besser, als bei dem 606 zu sein. Dank seiner geringeren Toxizität kann man größere Dosen in kleineren Zwischenräumen geben; während vom Altsalvarsan höchstens vier Injektionen à 0,6 in höchstens 3 Wochen appliziert werden konnten, ist es möglich, von Neosalvarsan vier Infusionen à 0,8 in 8—10 Tagen zu machen; wichtig ist, daß dadurch die kontagiöse Periode der Lues abgekürzt wird; doch ist immer an die große Unbeständigkeit des Mittels und an die Möglichkeit einer Idiosynkrasie des Pat. zu denken. Im übrigen bleiben die Verff. überzeugt, daß die alte chronisch-intermittierende Behandlung mittels aller Specifica ihr Recht behalten wird, eine Ansicht, die sie in einer Nachschrift auf Grund fremder Publikationen und eigener weiterer Erfahrungen bekräftigen.

Paul Cohn-Berlin.

- 48) **Développement des agglutinines tuberculeuses chez les syphilitiques par les injections de salvarsan**, par Nicolas, Courmont et Charlet. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 87.)

Bei manchen Luetikern rufen Injektionen von Salvarsan eine stark erhöhte Fähigkeit hervor, die Tuberkelbazillen zu agglutinieren, bei anderen nicht. Diese Fähigkeit kann sich bis zu $\frac{1}{150}$ steigern und mehrere Wochen andauern, bis zur Rückkehr zum normalen Status. Es handelt sich um Individuen, die schon vor der Behandlung mit 606 eine gewisse Fähigkeit zur tuberkulösen Agglutination besitzen und wahrscheinlich latente Tuberkulose haben. Das Salvarsan setzt schon vorhandene Antikörper in Freiheit oder aktiviert sie.

Paul Cohn-Berlin.

- 49) **Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsenobenzol**, par Achard. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 116.)

Bei der Angina Vincenti, die bekanntlich auf spirillärer Infektion zusammen mit *Bacillus fusiformis* beruht, lassen Ehrlich u. a. durch intravenöse Anwendung von Arsenobenzol prompte Heilung eintreten. Da es sich hier aber um eine rein lokale Affektion handelt, so applizierte Verf. zunächst Gazetampons mit Glyzerin und dann Arsenobenzol in Pulverform auf die erkrankten Stellen, worauf nach 4 Tagen vollkommene Heilung erfolgte. Auch andere spirilläre Affektionen, wie Stomatitis ulcerosa und Noma sind so mit Erfolg zu behandeln; die Diagnose ist mittels des Mikroskops zu stellen; in keinem Falle entsteht durch diese Therapie ein Risiko.

Paul Cohn-Berlin.

- 50) **Sur l'histo-microbiologie des néphrites syphilitiques**, par le Play, Sézary et P. Vallery-Radot. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIII. S. 635.)

Die Verff., die Nierenstückchen von Nichtluetikern (Bleiintoxikation, Arteriosklerose, paralytische Nephritis eines Tuberkulösen) nach der Methode von Bertarelli und Volpino imprägniert hatten, fanden in dem albuminösen Exsudat und den homogenen Zylindern, die das Lumen der sekretorischen und der ableitenden Kanälchen erfüllten, schwarz tingierte Filamente, die zwar meist als unregelmäßige Spiralen erschienen, von denen aber einige dem *Treponema* der Syphilis täuschend ähnlich sahen. Die Schwierigkeit der Differentialdiagnose wurde von Prof. Hoffmann, dem die Präparate vorlagen,

bestätigt. In Hämateineosin färben sie sich nicht, ebensowenig in Orcein; vielleicht handelt es sich um Chromatinfilamente, die aus zerstörten Kernen stammen, möglicherweise aber auch um noch nicht bestimmte Mikroorganismen. Die bisher vorliegenden Angaben über Treponemen im Urin und in den Nieren von Syphilitikern, namentlich wenn sie sich nicht auf das interstitielle Gewebe, die Glomeruli und die Gefäßwände beziehen, sind daher nur mit Vorsicht aufzunehmen. (Vgl. das Ref. über die Arbeit von Faroy, Dermat. Centralbl. XV S. 216). B. Solger-Neiße.

- 51) **Syphilis du corps thyroïde**, par Poncet et Lerisze. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 63.)

Die Syphilis der Thyreoidea ist sehr selten beobachtet; hier handelt es sich um eine 38jährige Frau, die mit Schwellung der vorderen Partie des Halses, rauher Stimme, allmählich zunehmender Dyspnoe erkrankte; die Schilddrüse zeigte sich in einen großen fibrösen Tumor verwandelt. Auf Grund der Anamnese wurde Pat. innerlich mit Traitement mixte behandelt, wonach zunächst Besserung, dann aber ein Rezidiv eintrat. Eine partielle Thyreodektomie half auch nichts, die Stenose der Trachea nahm zu; dann wurde Salvarsan 0,4 intravenös infundiert, wonach zunächst Kopfschmerzen, Erbrechen, Diarrhoe, Asphyxie erfolgten, dann aber Rückgang sämtlicher Erscheinungen eintrat. 18 Tage später wurde noch einmal 0,6 Salvarsan eingespritzt, wonach vollkommene Heilung erfolgte. Paul Cohn-Berlin.

- 52) **Über die Entstehung von Herzklappenfehlern und Aortenaneurysmen durch Syphilis**, von Lydia Goldberg. (Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 51.)

Die Verfasserin führt mehrere neue statistische Daten an, welche sich auf moderne Untersuchungen der auf Lues verdächtigen Herz- und Gefäß-erkrankungen unter Zuhilfenahme der Komplementbildung beziehen, und berichtet von 37 serologisch untersuchten Fällen von Herzklappenfehlern und Aortenaneurysmen aus der Züricher medizinischen Klinik. 78,4% davon betreffen das männliche Geschlecht, das weibliche nur 21,6%. Übereinstimmend mit den serologischen Untersuchungsergebnissen anderer Autoren liefern auch hier den höchsten Prozentsatz die Aneurysmen der Aorta, sodann die mit Tabes dorsalis kombinierten Klappenfehler und die reinen Aorteninsuffizienzen. Schourp-Danzig.

- 53) **Weitere Erfahrungen über Verwendung von Azetonextrakten bei der Serumdiagnostik der Syphilis**, von O. Stiner. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 49.)

Stark wirksame, gut eingestellte Azetonextrakte erzeugen in einem großen Prozentsatz von sicheren Syphilisfällen eine positive Reaktion, wo die anderen gebräuchlichen Antigene versagen. Die praktische Verwendung von Azetonextrakten erfährt eine gewisse Einschränkung dadurch, das nur höchstens 10% der verarbeiteten Lebernluetischer Föten die hochwirksamen, praktisch brauchbaren Extrakte liefern. Zur Diagnostik der Lues aus Lumbalflüssigkeit sind die Azetonextrakte unbrauchbar. Durch vergleichende Bestimmung der Rückstände aus Alkohol- und Azetonextrakten ist der Nachweis erbracht, daß Azetonextrakte bei gleicher und höherer Wirksamkeit bedeutend weniger gelöste Stoffe enthalten als die Alkoholextrakte. Es besteht deshalb wohl die Annahme zu Recht, daß das Azeton aus derluetischen Leber hauptsächlich die für Syphilis charakteristischen Lipide löst. Schourp-Danzig.

- 54) **L'antigène dans la réaction de Wassermann**, par A. Desmoulière. (Compt. rend. h. sé. Acad. Sc. CLV. S. 592, 927 u. 1110.)

Da man bekanntlich bei Anwendung der bisher üblichen Technik aus Lebern von verschiedenen hereditär-luetischen Individuen auch Antigene von ungleicher Empfindlichkeit erhält, stellt die Methode des Verf's, nach der es gelingt, ein konstantes und im Vergleich zu den früheren syphilitischen Antigenen viel empfindlicheres Reagenz dieser Art zu gewinnen, einen entschiedenen Fortschritt dar. Das neue, haltbare Antigen erhält man dadurch, daß man reines Cholesterin einer alkoholischen Mazeration des Pulvers einer hereditär-luetischen Leber zusetzt, das zuvor mit Äther ausgezogen war. Von nicht geringerer theoretischer, wie praktischer Bedeutung ist aber die weitere Tatsache, daß man sich ein Antigen von einer Empfindlichkeit, wie sie sich nur wünschen läßt, auch von Lebern nichtsyphilitischer Individuen verschaffen kann, wenn man die genannten Organe erst 48 Stunden nach dem Tode aus der Leiche herausnimmt, sie dann zerstampft, im Vakuum trocknet und nach obiger Methode weiter behandelt.

B. Solger-Neiße.

- 55) **La cura della siflide per via gastrica mediante un nuovo preparato mercuriale, l'ossicoluto di mercurio (Mergal)**, per Releandi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 5.)

Verf. hat 32 Syphilisfälle, darunter 30 Fälle primärer und sekundärer Lues mit Mergal behandelt. In den letzteren 30 Fällen gab die Kur befriedigende Resultate. 2 mal war die Wassermann-Reaktion 2 Monate nach der Kur negativ. Während beim innerlichen Gebrauch von Protojoduretum hydrargyri gewöhnlich Diarrhöen, Salivation, metallischer Geschmack im Munde und beim Sublimatgebrauch Appetitlosigkeit, Übelkeit und Magenkrämpfe auftreten, ist dies bei entsprechenden Mergaldosen gewöhnlich nicht der Fall. Je 4 mal sah indes Verf. unter seinen 32 Fällen auch Diarrhoe und Stomatitis auftreten. Mergal eignet sich besonders auch zum länger dauernden Gebrauch.

Dreyer-Cöln.

- 56) **Über syphilitische Polyneuritis**, von J. Hoffmann. (Neurolog. Centralbl. 1912. Nr. 17.)

Da die syphilitische Polyneuritis lange nicht anerkannt wurde und oft irrtümlich den gebrauchten Medikamenten zur Last gelegt wird, weist Verf. an einem besonders prägnanten Falle auf das selbständige Auftreten der peripheren Nervenaffektion ohne primäre Wurzelneuritis oder parenchymatöse Neuritis hin. Die Diagnose war erschwert durch das Fehlen jeder syphilitischen Anamnese. Die Polyneuritis begann an Händen und Armen, rief allmählich Ataxie, Tremor und atheoide Bewegungen der Extremitäten hervor. Nach einigen Monaten des sensiblen und ataktischen Stadiums kam es unter Rückgang der Ataxie zu motorischen Paresen, wobei sich auch eine Parese des Sphinkter ani einstellte. Ebenso wurden Rumpfmuskeln und Zwerchfell paretisch, es kam zu Anfällen von Herzklopfen, Schluckbeschwerden, Lähmung des Gaumensegels und Fazialis, die Hautreflexe schwanden, Muskelatrophie und Entartungsreaktion traten hervor. Neben diesen Erscheinungen war besonders charakteristisch für die selbständige Beteiligung des peripheren Nervensystems die fühlbare Verdickung der Nervenstämme. Auf dem Höhepunkt der Symptome war die Wassermann-Reaktion, welche vorher dauernd negativ geblieben war, positiv und die Lumbalflüssigkeit enthielt 12 Teile Eiweiß statt 2, und zeigte starke Vermehrung der Lymphozyten, mäßige Ver-

mehrung der Leukozyten. Unter Jod- und Quecksilberkur erfolgte schnelle Besserung und Negativwerden der Wassermann-Reaktion. J.

- 57) **Ein Fall von knötchenförmiger syphilitischer Meningitis**, von Sugi. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Sektionsbericht über eine anatomische der tuberkulösen Leptomeningitis oft vollständig ähnliche Form syphilitischer Veränderung der weichen Hirnhäute. Amende-Bamberg.

- 58) **Einfluß hämolytischer Stoffe auf Spirochäten (Spiromonaceae)**, von v. Prowazek. (Centralbl. f. Bakteriologie. LXVI. H. 5 u. 6.)

Gewaschenes Hühnerspirochätenmaterial wird durch 10%ige Saponinlösung immobilisiert, durch 10%iges taurocholsaures Natrium aufgelöst. Im Dunkelfeld und in Löffler-Präparaten sind eine Zeitlang noch die Schatten der Spirochätenleiber sichtbar. Pürckhauer-Dresden.

- 59) **Zur Stellung der Spirochäten im System**, von Hoffmann. (Centralbl. f. Bakteriologie. LXVI. H. 7.)

Bei Zuchtversuchen von *Spirochaeta pallida* konnte Verf. kugelige Anschwellungen feststellen, die eventuell für das Vorhandensein einer Kammerung sprechen, für ein vielzelliges Lebewesen. Damit würde ihre Zugehörigkeit zum Pflanzenreich erwiesen sein. Für diese Auffassung und gegen die Protozoennatur spricht auch die Tatsache, daß bisher von keiner Seite ein Kern oder Blepharoplast entdeckt werden konnte. Auch ihre große Widerstandsfähigkeit gegen Antiformin, selbst in 50%iger Lösung und bei längerer Einwirkung läßt auf das Vorhandensein einer pflanzlichen Membran, ähnlich den Critispiiren, schließen. Pürckhauer-Dresden.

- 60) **Medikamentöse chronische Arsenvergiftung bei einem Lueskranken**, von E. Brodfeld. (Med. Klinik. 1912. Nr. 51.)

Der beschriebene Krankheitsfall erweist, daß die Arsenmelanose sogar nach der lamellosen Abschuppung nicht verschwindet, sondern auf der neugebildeten Haut weiter besteht. Biberstein-Gleiwitz.

IV. Bibliographie.

C. Posner, Die diagnostische und prognostische Bedeutung der Harnsedimente nach neueren Anschauungen. (Halle a/S. 1912. 48 S.) — Verf. bespricht in der Einleitung zunächst den allgemeinen Wert der mikroskopischen Harnuntersuchung, der übrigens die Betrachtung mit bloßem Auge und die Anwendung gewisser physikalisch-chemischer Prozeduren vorauszugehen hat. Der objektive Befund, den sie liefert, empfängt — das gilt auch für das sogen. Laboratoriumsattest — seine eigentliche Bedeutung erst dadurch, daß der Arzt ihn zu den sonstigen klinischen Zeichen in Beziehung bringt. Da alles, was wir überhaupt im Harn finden, zweifachen, nämlich konstitutionellen oder lokalen Ursprungs ist, so ergibt sich für die Darstellung des Materials von selbst die Gliederung in die beiden Hauptabschnitte: I. Stoffwechselprodukte im Harnsediment, II. Produkte örtlicher Störungen. — I. Während ein reines Uratsediment keinerlei pathologische oder gar pathognomonische Bedeutung zu haben braucht und der Nachweis der Harnsäure auch erst in Verbindung mit den klinischen Gesamterscheinungen Wert erhält, ist das Auftreten von harnsaurem Ammoniak im eben entleerten Urin von einer Infektion (*Micrococcus ureae* und anderen Mikroben) abzuleiten. Vorübergehende oder dauernde Alkalinurie führt zum Ausfallen der Kalksalze. Statt der Phosphaturie sollte man vielmehr von Calcariurie sprechen. In manchen dieser Fälle von dauernder Phosphaturie besteht vielleicht auch gleichzeitig eine Hyperazidität des Magensaftes, wobei die Säuremengen, die zum Gelöstbleiben der Kalksalze notwendig sind, dem Kreislauf fehlen. Gesellen sich zu den Phosphaten auch Eiterzellen, freie oder an Filamenten gebundene, so darf man an

eine Entzündung der Prostata denken. Eine ausgesprochene Oxalurie ist wegen des starken lokalen Reizes, den die scharfkantigen Kristalle auf die Schleimhaut der Harnorgane ausüben, keineswegs so leicht zu nehmen. Übrigens kommen neben den regelmäßigen Quadratoktaedern auch sehr verschieden gestaltete Kristalle vor, nämlich solche in Form von Eiern, Kugeln, Hanteln, die eine zarte organische Grundmasse enthalten. Diese „Kolloid“-massen weisen auf eine gewisse Tendenz zur Steinbildung hin, man kann sie daher als „Mikrolithen“ bezeichnen. Während man sich bei Zystinausscheidung darauf beschränken muß, den Harnapparat der Kranken zu überwachen, um der Steinbildung möglichst vorzubeugen, fordert die Anwesenheit von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia (Kristalle in Sargdeckel- oder Fiederform) im frischen Harn ohne weiteres zu einer Lokalbehandlung auf. — II. In dem Kapitel über Epithelzellen wird darauf hingewiesen, wie schwer es ist, isolierten Zellen aus den Harnorganen den Ursprung anzusehen, weil wechselnde Spannungszustände, Metaplasie und Malakoplakie ihren veränderten Einfluß gerade hier ganz besonders geltend machen. Bezüglich der Untersuchung der Leukozyten empfiehlt Verf. eiterhaltigen Harn auch ohne ihn sedimentieren zu lassen und ohne Anwendung der Zentrifuge zu untersuchen, namentlich im Dunkelfeld. Durch Färbung läßt sich nachweisen, daß die weißen Zellen beim akuten Morbus Brightii den lymphozytären Charakter tragen. Die Eosinophilie ist als diagnostisches Kriterium nur mit Vorsicht zu verwerten. Die Ableitung eosinophiler Zellen aus der Prostata läßt sich nicht aufrecht erhalten, man findet sie vielmehr regelmäßig im gonorrhoeischen Eiter der 3. bis 5. Krankheitswoche. Kommen sie im Harnsediment zahlreich vor, so erweckt das den Verdacht auf Pyelitis. Aber über die prognostische Bedeutung einer Pyurie wird man, auch wenn man noch die „Eiterkörperchenzählung“ oder die „Transparenzbestimmung“ des Urins zu Hilfe nimmt, doch erst durch die umfassendste lokale Untersuchung ins Klare kommen. Rote Blutkörperchen. Auch über die Bedeutung des Auftretens von Blut im Harn vermag die mikroskopische Untersuchung für sich allein nur selten hinreichenden Aufschluß zu geben, besonders in gewissen Fällen von Nierenblutungen, wenn gleichzeitig mit den roten Blutkörperchen auch Zylinder oder wirkliche Erythrozytenzylinder sich nachweisen lassen. Ob aber die Blutung auf ein Trauma, eine Geschwulst, Stein- oder Geschwürsbildung zurückzuführen ist, das muß durch anderweitige Untersuchungen festgestellt werden. Der vorletzte Abschnitt handelt von den Gerinnselbildungen, Filamenten und Zylindern, für deren Studium wieder die Untersuchung im Dunkelfeld empfohlen wird. Auch hier gilt der Satz, daß der Zylindernachweis erst im Rahmen des übrigen Harnbefundes und des gesamten klinischen Bildes seine richtige Würdigung findet. Zum Schluß handelt Verf. von den Mikroorganismen, von denen besonders das *Bacterium coli*, der Tuberkelbazillus, sowie die Strepto- und Staphylokokken eingehender berücksichtigt werden. Sicherlich wird niemand das Büchlein, dessen Verfasser überall aus reicher eigener Erfahrung spricht, ohne das Gefühl mannigfaltiger Belehrung und Anregung aus der Hand legen.

B. Solger-Neiße.

Stephan Leonard, *Die Prostitution, ihre hygienische, sanitäre, sittenpolizeiliche und gesetzliche Bekämpfung*. (München, Reinhard, 1912. 4 Mk.) — Unter den zahlreichen Abhandlungen über das gleiche Thema muß der vorliegende zum Vorteil angerechnet werden, daß sie es verstanden hat, den gewaltigen Stoff möglichst erschöpfend, aber dennoch kurz und verständlich auf 300 Seiten dem Leser vorzuführen. Das ungeheure und sehr zerstreute Material ist vollständig gesammelt, in sachlicher Kritik gesichtet und in anregender Weise vorgeführt. Verf. kann sicher sein, daß er zu weiteren Vorschlägen und Arbeiten auf diesem Gebiete reichlich Anregung gegeben hat.

J.

Dessauer u. Wiesener, *Leitfaden des Röntgenverfahrens*. Unter Mitarbeit von A. Blenke, Hoffa †, Hildebrand, A. Hoffmann u. Holzknecht. (Vierte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig, Nemnich, 1912. 12 Mk.) — Dieses Buch zeichnet sich dadurch aus, daß es in ungemein klarer Weise die physikalischen Grundlagen der Röntgentherapie entwickelt. Gleich ausgezeichnet ist die Schilderung der verschiedenen Systeme der Röntgenapparate. Diese Tatsachen machen das Buch auch für den Röntgentherapie treibenden Dermatologen wertvoll, trotzdem die dermatologische Röntgentherapie als solche nur in einem kurzen, allerdings aus der bewährten Feder von Holzknecht stammenden, Abriß behandelt wird.

C. Siebert-Charlottenburg.

V. Therapeutische Notizen.

Ekzema capillitii:

- 1) Rez. Picis liq. 10,0
Spirit. 90,0
M. filtra.
(Veiel.)

J.

Hyperidrosis:

- 2) Rez. Acid. tannic. 10,0
Tricarbin. 30,0
M. f. pulv.

J.

Lippenpomade:

- 3) Rez. Acid. tannic. 0,04
Cerat. cetac. rubr. 2,0
(Veiel.)

J.

VI. Vereinsberichte.

Am 19. Januar 1913 wurde in Königsberg in der Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Direktor: Prof. Dr. Scholtz) auf Anregung der Herren Heymann-Elbing, Lautsch-Graudenz und Callomon-Bromberg eine norddeutsche Vereinigung für die Dermatologen von Ost- und Westpreußen gegründet. Nach einer Ansprache Heymanns wurde der Vorstand gewählt: Scholtz-Königsberg Vorsitzender, Jessner-Königsberg stellvertretender Vorsitzender, Heymann-Elbing Schriftführer, Schourp-Danzig Kassierer. Hiernach trat man in die Tagesordnung ein.

1. Scholtz: Demonstrationen. Fall von multiplen Kalkablagerungen in der Haut des Fingers, die besonders deutlich im Röntgenbild zu sehen sind. Die Ätiologie ist hier unbekannt, die üblichen Ursachen (Gicht, Diabetes) fehlen; ebenso wenig besteht Sklerodermie. Es gelingt, bei der Patientin z. B. durch Eintauchen der Füße in kaltes Wasser Synkope auszulösen, die auch als disponierende Ursache aufzufassen ist. Stoffwechselanomalien liegen nicht vor; die chemische Untersuchung ergibt Kalksalze.

In der Diskussion berichtet Peter-Königsberg über Kalkablagerungen in den Händen bei einer Patientin mit schwerer Sklerodermie.

Keloide. Beseitigung echter Keloide gelang in einem Fall vollkommen mit Röntgenstrahlen; ein Erfolg derselben nach Vorbehandlung mit der Quarzlampe bei Narbenkeloiden war zwar auch gut, aber nicht so vollkommen.

Favus, mit Röntgenstrahlen epiliert.

Multiple Kaposische Hautsarkomatose, mit gutem Erfolg mit Salvarsan behandelt.

Haarzunge. Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine Hyperkeratose, so daß zur Behandlung Röntgenstrahlen empfehlenswert scheinen.

Fälle von Lupus erythematodes. In mehr als 20 Fällen war die Pirquet-sche Reaktion positiv; danach muß man wohl einen Zusammenhang mit Tuberkulose annehmen.

Die Diskussion ergibt die Unsicherheit aller Behandlungsmethoden; manchmal helfen Röntgenbestrahlungen, die Quarzlampe oder die Holländersche Chinin-Jodtinkturbehandlung, während in anderen Fällen alles versagt.

Schwere Fälle von Lupus vulgaris, darunter ein Fall mit rezidivierendem Erysipel, das zu elephantiasisartiger Schwellung des Gesichtes geführt hat.

Diskussion: Jessner-Königsberg empfiehlt in solchen Fällen Massage.

Psoriasis. Therapeutische Versuche mit Radiaminhalationen haben zwar günstig gewirkt, aber keine Heilung gebracht.

In der Diskussion erwähnt Jessner Versuche mit Aufpinselungen einer Mesothoriumlösung, die an einer süddeutschen Klinik vorgenommen werden und Erfolg versprechen. Radiumhaltige Salben sind wirkungslos.

Lichen ruber planus und verrucosus. Von allen Methoden scheinen Salvarsaninjektion (0,3) die besten Erfolge zu haben.

2. Schourp-Danzig: Die Behandlung der Syphilis mit molekularem Quecksilber. Vortr. ist mit Injektionen von Kontraluesin sehr zufrieden; das Präparat kommt in Ampullen à 5 Mk. in den Handel, es genügen meist 3 bis 4 Injektionen im Abstände von 6 Tagen.

3. Lautsch-Graudenz: Die Kupferbehandlung des Lupus vulgaris. Die Allgemeinbehandlung ist sehr schmerzhaft und wenig wirksam. Örtlich findet eine günstige Beeinflussung beim Lupus exulcerans statt, sowie bei Scrophuloderma auch vor dessen Durchbruch.

In der Diskussion empfiehlt Scholtz die Behandlung von isolierten Knötchen mit Salvarsansalben.
Walter Schneider-Königsberg.

Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. November 1912. (Journ. med. de Bruxelles. 1913. H. 1.)

Behaeghel: Dermatitis exfoliante bei einem 16 Monate alten Kind. Die Erkrankung begann im 3. Monat im Gesicht und verbreitete sich sehr rasch über den gesamten Körper. Nägel und Schleimhäute gleichfalls befallen. Behandlung rein symptomatisch.

Poirier: Cancer cutané sur radiodermite. Bei einem 6 Jahre in einem Röntgeninstitut beschäftigten Wärter tritt an der Mittelhand ein papillomatöses Geschwür auf, welches klinisch und anatomisch sich als Cancer erweist. Heilung unter Kaustik und der Czerny-Trunczeckschen Lösung.

Behaeghel: Naevus verruqueux traité par la neige carbonique. Ein vom Ohr bis zum Schlüsselbein und weiter auf die behaarte Kopfhaut sich ausdehnender Naevus verrucosus wurde zur Hälfte mit CO₂ behandelt. Dauer jeder Sitzung 60 Sek. Abheilung ohne wesentliche Narbenbildung.

Diskussion: Dekeyser bevorzugt bei Naevus angiomatodes das Radium, da diese Behandlung kosmetisch das beste Resultat gibt und völlig schmerzlos ist. Pigmentierte Naevi eignen sich weniger für Radium. Behaeghel, Dubois-Havenith, Thomson ziehen die Kohlensäure vor wegen ihrer schnelleren Wirkung und ihrer Billigkeit. Poirier hält eine 60 Sekunden währende Applikation für zu lange, da sich so leicht eine tiefere Narbenbildung mit Keloidwucherung entwickeln kann. Thomson, Dubois-Havenith: Dieser Zufall ist nur sehr selten. Vor einer event. Keloidbildung ist man bei keinem therapeutischen Verfahren gesichert. Lespinne: Bei Naevus pigmentosus soll die CO₂-Behandlung so energisch wie irgend möglich vorgenommen werden, um jede eventuell resultierende maligne Neubildung zu verhüten.

Dujardin: Maladie de Paget bei einer 50jährigen Frau. Keine Besserung unter Radiumbehandlung.

Diskussion: Dubois-Havenith, Poirier u. Lespinne halten nur die Radikalooperation für die Methode der Wahl. Morelle erzielte mit Radium in einem Falle Heilung, doch entwickelte sich später in der Umgebung ein Cancer, welcher aber in keinem Zusammenhang mit der Narbe stand. de Smet glaubt durch energische Kaustik, Canquoinische Paste usw. Heilung zu erzielen.

Dubois-Havenith: Lupus érythémateux guéri par la neige carbonique. Ausgebreiteter Erythematodes, der durch CO₂ Applikationen von 30 bis 40 Sekunden Dauer zur völligen Heilung gebracht wurde.

Diskussion: Dekeyser empfiehlt neben Kohlensäure die Behandlung mit der Quarzlampe, womit er sehr schöne Resultate erzielte.

Dujardin et Lespinne: Syphilis traitée par le mercure pendant cinq ans: Wassermann négatif pendant deux ans. Syphilis nerveuse la septième année, le Wassermann restant négatif par le sérum et le liquide céphalo-rachidien. Die Behandlung eines Sekundärluetikers bestand im ersten Jahr in drei Schmiekuren zu je 3 Wochen. In den folgenden 4 Jahren, in denen er stets erscheinungsfrei war, wurden nur Hg-Pillen und Jk verabfolgt. Wassermann im 5., 6., 7. Jahr post infectionem negativ. Im 7. Jahr treten plötzlich nervöse Erscheinungen auf (Ungleichheit der Pupillen, gesteigerte Reflexe, fast völliges Schwinden des Achilles-

sehenreflexes, lanzinierende Schmerzen, Schwindel). Wassermann des Blutes und der Lumbalfüssigkeit negativ.

Diskussion: Dekeyser und Halkin bezweifeln die Spezifität des nervösen Symptomenkomplexes. Lespinne hält an der Spezifität der Erscheinungen fest und hebt hervor, daß der Wert der Seroreaktion und unserer therapeutischen Maßnahmen durch derartige Fälle in Frage gestellt würden. (Ob nicht die doch immerhin sehr wenig energische Behandlung die Ursache der Tabes war? Der Ref.)

Pürckhauer-Dresden.

Argentinische Dermatologische Gesellschaft in Buenos Aires.

Oktober 1912.

Sommer: Salvarsan. Bei einigen wenigen Fällen von hypodermischer Anwendung kam es einmal zur Abszeßbildung, bei mehr als 600 intramuskulären Injektionen niemals. Vortr. gibt zunächst 0,3, dann 0,4 intravenös in Abständen von 8 bis 10 Tagen 3 bis 4mal und ist mit den Resultaten sehr zufrieden.

Sommer und Greco: Neosalvarsan. Die kurzen Beobachtungen des Neosalvarsans, das eingehend beschrieben wird, haben die Vortr. befriedigt; sie fanden bei intramuskulärer Anwendung aber auch starke Schmerzhaftigkeit, die durch vorherige Injektion von Novocain etwas vermindert wurde.

Balina: *Purpura annularis teleangiectodes* (Majocchi). Zwei Fälle werden in histologischer Beziehung geschildert.

Ragusin: *Mycosis fungoides*. Schwangere Frau von 27 Jahren, 4 Jahre krank, alle 14 Tage regelmäßig Fieberanfall mit an den Beinen und Armen auftretenden lichen- und pemphigusartigen Eruptionen unter sehr starkem Juckreiz. Typische Erscheinungen der *Mycosis fungoides*. 2 Monate nach Ablauf der Schwangerschaft bilden sich nach außerordentlich hohen Arsendosen alle Erscheinungen zurück, nur ein großer Tumor am Oberschenkel muß chirurgisch entfernt werden. Ob aber Heilung dauernd, wird als fraglich bezeichnet.

Raices hat in zwei Fällen von Narbenzerrungen und einem Fall von Sklerodermie gute Erfolge nach Injektionen von *Fibrolysin* gesehen.

Greco gibt eine sehr eingehende Beschreibung aller bläschenartigen Erkrankungen und widmet sich dann besonders dem wirklichen Pemphigus, den er bestimmt abgegrenzt sehen möchte.

Balina berichtet über eine Reinfektion bei einem 33jährigen Manne, nachdem vor 18 Monaten mit Sicherheit ein Primäraffekt, der sachgemäß behandelt ist, nachgewiesen war.

Anschutz schildert die schädlichen Folgen des *Coitus interruptus* auf das Nervensystem.

Roeschmann-Valparaiso (Chile).

VII. Vermischtes.

Der nächste Kongreß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft findet in Wien am 19. und 20. September unmittelbar vor der Naturforscherversammlung statt. Angemeldete Vorträge, die auf dem Kongreß nicht zur Verhandlung kommen, können in den Sektionssitzungen der Naturforscherversammlung gehalten werden. Etwaige Anfragen sind zu richten entweder an Prof. Ehrmann (Wien IX, Kolingasse 9) oder Geheimrat Neisser (Breslau 16, Fürstenstraße 112).

In den von Lubarsch und Ostertag herausgegebenen Ergebnissen der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere (Wiesbaden, Bergmann, 1912) haben K. Herzheimer und W. Schmidt wieder die Neoplasmen der Haut bearbeitet. In großzügiger und erschöpfender Art wird hier eine glänzende Übersicht über den heutigen Stand unseres Wissens auf diesem Gebiete gegeben.

In diesen Tagen feierten die Höchster Farbwerke ihr 50jähriges Bestehen. Der Name dieses Werkes ist mit wichtigen Errungenschaften der praktischen Medizin eng verbunden, und besonders unser Spezialfach hat viel der energischen und umsichtigen Leitung der Werke zu verdanken. So wünschen wir dem Werk auch ein weiteres Gedeihen für die nächsten 50 Jahre.

J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1913.

April.

Nr. 7.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Über Radiumwirkungen bei Hautkrankheiten, von Dr. E. Vollmer. 2) Gibt es ein Mittel, die kleinen chirurgischen Eingriffe in vielen Fällen zu vermeiden? von Dr. A. Piersig.

II. Therapeutische Revue. Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in der Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft, von Dr. Carl Schindler. (Schluß.)

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Zur Klinik und Ätiologie einiger am weiblichen Genitale auftretender seltener Geschwürsformen, von G. Scherber. 2) Schwangerschaftstoxidermien durch Ringersche Lösung geheilt, von Elise Eichmann. 3) Bakteriologische Untersuchungen bei verschiedenen Hautentzündungen (Licht- und Kohlensäurereaktionen, Ekzeme, Ulzerationen usw., von Martha Ehrlich. 4) Alcuni concetti nell' indirizzo degli studi dermatologici, per F. Radaeli. 5) Über die Beziehungen zwischen Licht- und Hautfarbstoff, von F. B. Solger. 6) Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung der Ovarien durch Röntgenstrahlen, von H. Ritter. 7) Beitrag zu den pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Schwefelwirkung, von Kopytowski. — Entzündliche Dermatosen. 8) Heilung der Verrucae planae durch Salvarsan, von H. Loeb. 9) Über eine Modifikation des Staphylokokkenvakzins, von G. Wolfsohn. 10) Die Behandlung der Furunkulose und der Syosis coccigenes mit dem Staphylokokkenvakzin „Opsonogen“, von L. Zweig. 11) Osservazioni sopra due casi di ittiosi familiare, per L. Tommasi. 12) Dermatitis cronica esfoliativa, per P. Longo. 13) Sulla parapsoriasis in plaques, per Bizzozero. — Zirkulationsstörungen der Haut. 14) Urticaria solitaria, von Vörner. 15) Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), von Vignolo-Lutati. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 16) Xanthome généralisé avec chéloïdes secondaires. Lipémie et lipodémie, par Legendre. 17) Heilung eines Falles von Hautsarkomatose durch Thorium X, von Herxheimer. 18) Epithelioma of the tongue with no recurrence nine years after clinical cure with the X ray, by M. F. Engman. 19) A case of acanthosis nigricans, by Ch. J. White. 20) A case of Hutchinsons infective angioma, by J. H. Sequeira. 21) Un caso di leiomioma cutaneo multiplo, per Engel. 22) Systematisierter ichthyosiformer Naevus, von Wälsch. 23) Notes on a case of naevo-carcinoma (melanotic) of the scalp in a boy aged nineteen years, by Ch. H. Silley. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 24) Sklerodermieartige Hautveränderung nach Skorbut, von W. Lier. 25) Weiteres zur Behandlung der Sklerodermie mit Coeliacin, von Kölle. 26) Three cases of family dystrophy of the hair and nails, by J. S. Eisenstaedt. — Neuritische Dermatosen. 27) On reflex irritation as a cause of alopecia areata, by H. E. Jones. 28) Über Febris herpetica, von Schottmüller. 29) Herpes zoster und Varizellen, von Helm. — Parasitäre Dermatosen. 30) Favus bei Neugeborenen, von H. Geber. 31) Experimentelle und klinische Studien zur Lehre der Dermatomykosen (Infektion, Prophylaxe, Immunität), von Kusunoki. 32) On necrotic tuberculides, by J. L. Bunch. 33) Un caso tipico di impetigo herpetiformis gravidarum (Hebra), per A. de Amicis. 34) Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes, von Veit. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 35) Cultivation of the bacillus of leprosy, by D. H. Currie, M. S. Clegg and H. T. Hollmann. 36) Nouvelles recherches sur les inoculations de

matériel lépreux dans la chambre antérieure de l'oeil des lapins, par Stanziale. 37) Klinischer und statistischer Beitrag zur Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris, von E. Rupp. — Syphilis. 38) Über die Bedeutung des Salvarsans und Neosalvarsans bei der Behandlung der Syphilis, von J. Almkvist. 39) Ist Neosalvarsan ein ebenso gutes Antisyphilitikum wie Salvarsan? von Krefting. 40) Über Neosalvarsan, von Stühmer. 41) Comment nous pensons qu'on peut et qu'on doit à l'heure actuelle employer le salvarsan, par Brocq. 42) Über Abortivkuren mit Salvarsan, von Freund. 43) Erfahrungen mit dem Salvarsanpräparat Joha, von H. Lindenheim. 44) Note sur la fréquence de la syphilis de l'oreille interne, par Kigaud. 45) Über den Einfluß des Salvarsans auf das Gehörorgan, von E. Rimini. 46) Syphilis — salvarsan — neurorécidive — neosalvarsanintoxication grave, par Bernadot. 47) Recidive in situ d'un chancre syphilitique sous forme de syphilide chancreiforme vingt jours après la fin d'un traitement par le salvarsan et le mercure. Confusion possible avec un réinfection, par Ravaut. 48) Über Störungen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Zerebrospinalflüssigkeit („Neurorezidive“. Ein Salvarsantodesfall), von Assmann. 49) Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan, von F. Lube. 50) Schwere Arsenikvergiftung nach Salvarsaninfusion, von Eichler. 51) Einige Bemerkungen zur Frage nach den Ursachen der Neurorezidive nach Salvarsaninjektionen, von Cronquist. 52) Die Kultur der Spirochaete pallida und ihre experimentelle Verwertung, von Sawade. 53) The life-cycle of the organism of syphilis, by J. E. R. Mc Donagh. 54) Die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Syphilis, von Marcus. 55) Über die Entstehung der Leucoderma syphiliticum, von Géber. 56) Zur Kenntnis des Ehrmannschen Luesphänomens, von Schmidt. 57) Sur l'histomikrobiologie des néphrites syphilitiques, par Le Play. 58) Un cas de syphilis vésicale et urétrale, par Picot. 59) Zwei Fälle von Phlebitis und Periphlebitis syphilitica faciei. Ein klinischer und histologischer Beitrag, von W. Friboes. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 60) Prostatite aigue chez un prostatectomisé, par Marion. 61) Durée de l'évolution de la tuberculose rénale non opérée et causes de la mort, par Rafin. 62) Existe-t-il un prostatisme vésical? des prostatiques sans prostate? par Marion. 63) Toxicité générale des extraits de prostate hypertrophiée, par Legueu et Gaillardot.

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes. — VIII. Personallen.

I. Originalmitteilungen.

1. Über Radiumwirkungen bei Hautkrankheiten.

Von Dr. E. Vollmer,
Königl. Kreisarzt, Bad Kreuznach.

Eine wissenschaftliche Erklärung für die Wirksamkeit des Radium zu geben, die allseits befriedigen würde, ist zurzeit trotz seiner mannigfachen Anwendung in Bäder- und Trinkkuren, in Inhalatorien und endlich in Substanz noch nicht möglich. Die Experimente von Oskar Hertwig, deren Resultat war, daß bei Radiumbestrahlung tierischer Zellen vorzugsweise die Kernsubstanzen verändert wurden, geben den histologischen Untersuchungen die Richtlinien an. Die Heileffekte bei internen Leiden beruhen zumeist auf chemischen Umsetzungen, die dem Gesichte nicht direkt zugänglich sind.

Die Wirkung des Radium auf die Haut können wir hingegen direkt beobachten. Der ganze unter dem Einfluß des Radium verlaufende Regenerationsprozeß von der krankhaften Hautveränderung bis zur normalen

Haut bzw. der glatten, reizlosen Narbenbildung liegt in den verschiedensten Etappen zutage und läßt sich mit der Lupe verfolgen, und somit kann dann auch darüber mancherlei beobachtet werden; freilich sind auch diese Beobachtungen noch nicht zu zahlreich, weil — merkwürdigerweise in der medizinischen Literatur — „unzeitige Publikationen nicht erfolgt sind, weil das Radium in genügender Menge nur wenigen Forschern zur Verfügung stand und die Ausprobierung auf einige Arbeitsstätten beschränkt blieb“.¹

Es sind deshalb noch Mitteilungen über die Radiumwirkungen auf die Haut gewiß am Platze. Ehe dieselben erfolgen sollen, muß hervorgehoben werden, daß sehr viele Hautleiden nicht rein lokale Erkrankungen sind, sondern daß Störungen des Gesamtstoffwechsels wie zu inneren Leiden, so auch zu Erkrankungen des Hautorgans führen, speziell zu den hartnäckigsten Formen der chronischen Ekzeme, der Psoriasis, der mannigfachen Lichenformen und den auf Grund der Skrofulose und Tuberkulose entstehenden Hautaffektionen. Die häufig erfolglose, rein äußerliche Behandlung wird so erklärlich; ja, wir können mit Sicherheit behaupten, daß, abgesehen von den rein parasitären Hautleiden, in den seltensten Fällen durch ausschließlich lokale Behandlung eine Dauerheilung zu erzielen ist. Wie bei manchen Hautleiden Arsen von ausgezeichneter Wirkung ist, das innerlich gegeben wird, so vermag auch das Radium eine günstige Heilwirkung zu entfalten; in erster Linie bei den mit Rheumatismus und Gelenkleiden verbundenen Psoriasisformen ist eine Radium-Emanationsbäder- oder Trinkkur oder eine Inhalatoriumbehandlung am Platze. Leider wird aber bei allen diesen Patienten die reine Radiumwirkung, wie auch bei den Patienten mit chronischen Ekzemen, Sklerodermien, Lichenformen aller Art (Lichen ruber planus und acuminatus, Lichen scrophulosorum) deshalb etwas verwischt, weil sie eine schnelle Kur in 4—6 Wochen machen wollen und selten die Zeit haben, die Radiumwirkung allein zu erproben. So tritt denn nebenher die Salben- und Badekur in ihre Rechte und am Ende kann man nicht immer mit Sicherheit sagen, was auf das Radium kommt an Quote des Heileffektes, was auf die anderen Komponenten der Bademittel und ganzen Kur.

Es gibt aber eine Methode der Radiumapplikation auf die Haut, die andere Ergänzungsmittel überflüssig macht, das ist die Anwendung des Radium in Substanz, die radiante Methode nach Wickham² gegenüber den Emanationsmethoden, bei denen das ausströmende Gas, dies erste

¹ Prof. Dr. Sticker-Berlin, Anwendung des Radium in der Chirurgie. Mediz. Klinik. 1912. Nr. 31.

² L. Wickham, Das Radium und der bösartige Krebs. Archiv f. Dermatologie. CXI. H. 1. S. 163.

Produkt bei der Zersetzung des Radium, Anwendung findet. Bei der radianten Methode werden die Strahlen verwendet, die das Radium ausstrahlt, und nur diese Strahlenwirkung kommt für die folgenden Zeilen in Betracht. Es lag in der Natur der Sache, daß die Badeverwaltung in Kreuznach auch diese Seite der Radiumtherapie auszubauen sich angelegen sein läßt. Und so gelangte bei den nachher beschriebenen Fällen ein Radiumpräparat zur Verwendung, das 12 mg Radiumbromid enthält und im Besitz der städtischen Salinenverwaltung sich befindet. Herr Direktor Neumann hat zur Applikation der Radiumkapsel ein Stativ konstruiert, an dessen Arm die Kapsel sich befindet und nun an die betreffende, zu bestrahlende Hautstelle direkt herangebracht werden kann. In einem anderen Falle wird die Kapsel z. B. zum Bestrahlen der Fingerspitzen in einen Kasten gebracht, in dessen Deckel eine metallumsäumte Öffnung sich befindet, in die die Fingerkuppe bequem gebracht werden kann, so daß auch auf diese Weise eine Dauerbestrahlung ermöglicht ist. In anderen Radiumlaboratorien wird die Radiumplatte mit Heftpflaster auf die kranke Stelle appliziert, was mir den Nachteil zu haben scheint, daß die Haut durch die Radiumplatte selber gedrückt wird; und wenn auch bei der Röntgenbestrahlung feststeht, daß die Anämie, selbst die Adrenalinanämie,¹ die Strahlenwirkung fördert, ist dies bei der Radiumbestrahlung noch nicht erwiesen und ein, wenn auch noch so leichter Druck auf die kranke Hautstelle besser zu vermeiden. Die Entfernung der Radiumkapsel von der zu bestrahlenden Hautstelle betrug bei unseren Versuchen 1—2 cm. Weiter können wir uns bei unserem mittelkräftigen Präparat nicht von der Haut entfernen, weil ja die Inkubationszeit der Strahlenwirkung bei aller Lichttherapie bis zum Eintreten des gewünschten Erythems, des unkomplizierten Haarausfalls, der Dermatitis und event. Ulzeration abhängig ist einerseits von der Menge und Aktivität des Präparates, andererseits von der Dauer der Anwendung und ferner umgekehrt proportional ist dem Quadrat der Entfernung zwischen radioaktiver Quelle und dem bestrahlten Objekt.²

Geeignet sind nach den grundlegenden Versuchen und Erfahrungen über Radiumtherapie bei Hautkrankheiten von Wickham und Degrais³ für die radiante Methode: Karzinome, Leukoplakien, Keloide und schlechte Narben, Angiome, Pigmentnaevi, Haut- und Schleimhauttuberkulose und wegen der analgetischen Kraft der Radiumstrahlen Pruritus, Neuralgien

¹ Dr. H. E. Schmidt-Berlin, Die Beeinflussung der Hautreaktion nach Röntgenbestrahlung durch die Adrenalinanämie. Archiv f. Dermatologie. CXIII. 1912. Mai.

² Dr. Friedländer, Über chronische Thorium-Dermatitis. Archiv f. Dermatologie. CXIII. 1912. S. 359.

³ Wickham und Degrais, Radiumtherapie. Deutsch von Dr. Winckler-Berlin, Julius Springer, 1910. S. 96.

und chronisch entzündliche, pruriginöse Dermatosen. Keloide, besonders nach Kauterisation bei Lupus, nach Verbrennungen, Aknekeloide, lichenifizierte, chronische Ekzeme, Psoriasis, Lichen ruber planus, Akne rosacea und Sykosiskeloide.

Bei Hofrat Prof. Dr. Lang in Wien wurden auch nach dem Bericht von Dr. Jungmann¹ mit Radiumstrahlen behandelt: Fälle von Hautlupus, Schleimhautlupus, Tuberculosis verrucosa cutis, Fälle von Skrofuloderma, Narben nach Skrofuloderma, Naevus vasculosus superficialis, Naevus pigmentosus, Clavus, Angiome, Carcinomata linguae und Zystadenome der Haut, alle mit gutem Erfolg.

Unsere Fälle waren folgende:

I. Hauttuberkulose der linken Backe: M., 23 Jahre alt, ist seit Kindheit krank. Er ist verschiedentlich operiert worden, aber immer sind Rezidive aufgetreten. Jetzt findet sich eine 2-Markstückgroße, lupöse Stelle über dem Jochbein; dieselbe ist gerötet und weist zahlreiche Lupusknötchen auf, die auch bei Glasdruck nicht verschwinden. In 5 Sitzungen à 10 Minuten nach der oben angegebenen Methode ist diese Stelle der Hauttuberkulose geheilt, die Röte vorbei, die Empfindlichkeit geschwunden und an Stelle des Lupusherdes ist weißes, glattes Narbengewebe getreten.

II. Schleimhauttuberkulose der Oberlippe: Es fanden sich bei einem Mädchen von etwa 30 Jahren, die eine ausgedehnte Lupusaffektion des Gesichts hatte, die auf Röntgenbestrahlung wesentlich gebessert war, zwei hartnäckige Stellen an der Oberlippe, an der Grenze von Haut und Schleimhaut. Salben aller Art, auch Pyrogallussalbe, hatten keinen Erfolg. Es blieb links von der Mittellinie ein kirschkerngroßer, geschwüriger Zerfall. Desgleichen rechts von der Mittellinie ein solcher von der Größe einer Erbse. Nach 8 Bestrahlungen von je 10 Minuten sind die Geschwüre geheilt, die Wundflächen epithelialisiert und reaktionslos, so daß beim Essen und Trinken keine Empfindlichkeit mehr besteht.

III. Epidermolysis digitorum manus utriusque — Onychomalacie bei einer 35jährigen Frau. Der Daumen, Zeige- und Mittelfinger beiderseits ist mit kleinen, wunden Stellen vom Mittelglied an bedeckt. Die Nägel sind verkümmert. Die wunden Stellen ziehen über die ganzen Fingerkuppen und machen die Finger unfähig zum Greifen und Zufassen. Die Affektion besteht seit 8 Jahren und es ist schon das Verschiedenste versucht worden zur Heilung, aber vergeblich. In der oben angegebenen Methode wurden nun die Finger, jeder einzeln, 10 Minuten jede Woche dreimal bestrahlt und nach 4 Wochen waren sie geheilt. Bis jetzt ist die Heilung von Dauer.

IV. Flaches Hautkankroid in der rechten Nasolabialgegend. P., ältere Dame, 60 Jahre alt, leidet seit einem Jahre an einem etwa 10-Pfennigstückgroßen Geschwür der rechten Backe mit hartem Hautrande und zerklüftetem Grunde; sie hat dabei oft unangenehme Empfindungen in der befallenen Hautpartie. Ein chirurgischer Eingriff wird verweigert. Es wird nun die wunde Fläche zweimal mit Paquelin ausgebrannt, aber die Stelle bricht nach anfänglicher Heilung wieder auf; jetzt 8 Radiumsitzungen von je 10 Minuten Dauer.

¹ Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1911. Ergänzungsband.

Erfolg: Verschwinden der Schmerzen und glatte Vernarbung mit weißer, fast normaler Haut.

Mit der Schilderung weiterer Fälle wollen wir nicht ermüden, obwohl wir auch Psoriasisfälle und Nävusfälle mit gutem Endeffekt behandelt haben.

Es sollte diese kurze Skizze nur darauf hinweisen, in welcher Weise und daß in Kreuznach auch Radiumsubstanz in radianter Weise, wie Wickham sagt, zur Verfügung der Patienten steht und zur Anwendung gelangt.

Wir werden die Methode weiter ausbauen und immer eingedenk sein der Worte, mit denen Wickham seine große Arbeit schließt, die auch für die Emanationstherapie passen: „Die Radiumtherapie kann uns große Dienste leisten, und es steht ihr eine bedeutende Zukunft bevor, die in dem Maße gewinnt wie die Apparate an Kraft gewinnen. Dies aber nur unter der Bedingung, daß unsere Studien frei bleiben von Übertreibungen, die sich zuweilen zeigen, wenn es sich um eine neue Therapie mit großen Vorzügen handelt. Unsere Untersuchungen müssen stets mit Klugheit und Mäßigung und mit einem gesunden, wissenschaftlichen Skeptizismus vorgenommen werden.“

2. Gibt es ein Mittel, die kleinen chirurgischen Eingriffe in vielen Fällen zu vermeiden?

Von Dr. A. Piersig in Berlin.

Der Zweck dieser kleinen Abhandlung ist, die Aufmerksamkeit auf ein Medikament zu lenken, das zwar seit vielen Jahren in der ärztlichen Praxis Eingang gefunden hat, das aber trotzdem m. E. nicht genügend gewürdigt und verwendet wird. Es handelt sich um das Unguentum Credé-Heyden. Ich habe, diese Salbe schon sehr oft in meiner Praxis zu gebrauchen Gelegenheit gehabt und muß offen gestehen, daß ich mit derselben geradezu glänzende Erfolge erzielt habe, nicht nur deswegen, weil die Heilung der in Frage stehenden Affektionen schneller vonstatten ging, als wenn die betreffenden Patienten chirurgisch behandelt worden wären, sondern vor allem aus dem Grunde, weil die Behandlung in den meisten Fällen eine schmerzlose ist und weil man sich in der angenehmen Lage befindet, dem Patienten mit ziemlicher Sicherheit sagen zu können, daß man ohne das „Messer“ zum Ziele kommen wird. Daß in der sogen. „kleinen Chirurgie“ zuweilen viel zu viel operiert wird, darüber besteht kein Zweifel; ich erinnere nur an die Behandlung von Furunkeln, Abszessen, Panaritien, bei denen ich meistens ohne chirurgische Maßnahmen auskomme, und zwar mittels der Credéschen Salbe. Es handelt sich, wohl-

gemerkt, nicht etwa um das Ungt. argenti colloidal, das ich auch mehrere Male angewendet, aber wieder aus meinem Arzneischatz gestrichen habe, weil es vollständig wirkungslos und dann auch nicht einmal dauernd haltbar ist wie das Unguentum Credé-Heyden. Es ist außerordentlich bedauerlich, daß sich die Krankenkassen bzw. deren ärztliche Berater nicht entschließen können, dieses Mittel in das Arzneiverordnungsbuch aufzunehmen. Der kleine Preisunterschied wird reichlich wieder wett gemacht durch die Garantie der rascheren Heilung. An der Hand der folgenden kleinen Kasuistik will ich meine Wahrnehmungen und Erfahrungen veröffentlichen.

I. A. J., 22 Jahre alt, Verkäuferin, war vor 3 Tagen von einem Insekt am Arm gestochen worden; täglich mehrmals vorgenommene Umschläge mit essigsaurer Tonerde waren erfolglos geblieben. Als Patientin in meine Behandlung trat, zeigte sich eine bedeutende ödematöse Schwellung des ganzen Armes sowie eine sehr schmerzhaftes Lymphadenitis in der Axilla. Ich bestrich den Arm in toto mit Unguentum Credé, legte einen Verband an, und als ich nach Verlauf von 24 Stunden die Patientin wiedersah, glaubte ich meinen Augen nicht trauen zu dürfen, denn alle Erscheinungen waren vollständig geschwunden und Patientin beschwerdefrei. Hätte man in diesem Falle noch lange gewartet, es wäre zu einer Phlegmone gekommen, und dann hätte man selbstverständlich ohne chirurgische Maßnahmen nicht zum Ziele gelangen können.

II. P. H., 27 Jahre alt, Gasarbeiter. Vor 2 Jahren Lungenspitzenkatarh, neigt sehr zu Furunkelbildung am ganzen Körper. Patient war voriges Jahr mehrere Male wegen Furunkeln am Bein operiert worden und hat monatelang im Krankenhause gelegen; er tritt in meine Behandlung wegen derselben Affektion am Arm, und ich muß sagen, daß auch hier die Salbe voll und ganz ihre Schuldigkeit getan hat und daß Patient vor allem bedeutend schneller gesund geworden ist als vielleicht bei der chirurgischen Behandlung.

III. E. K., 25 Jahre alt, Schlosser. Dem Patienten ist eine von Maschinenöl und von Schmutz strotzende Schraube etwa $1\frac{1}{2}$ bis 2 cm tief in die linke Hohlhand eingedrungen; 3 Stunden nach dem Unfall kommt Patient in meine Sprechstunde mit außerordentlichen Schmerzen, deutlich nachweisbaren Cubital- und Axillardrüsen und bittet mich, ihn zu operieren. Meinen Worten, daß eine Operation nicht nötig sei, scheint er anfänglich keinen Glauben schenken zu dürfen; er folgt aber schließlich doch meinen Anordnungen und freut sich, daß ich ihn nach 4 Tagen als geheilt entlassen kann.

IV. D. A., 28 Jahre alt, Reisender. Es besteht eine etwa 5 cm lange, $1\frac{1}{2}$ cm breite Lymphdrüsenanschwellung am Nacken; ich versuche dieselbe durch eine Jodkalisalbe zur Rückbildung zu bringen, es scheint sich aber in der Tiefe bereits eine eitrige Einschmelzung des Drüsengewebes vorbereitet zu haben, so daß sich der Prozeß nicht mehr aufhalten ließ. Nach Anwendung von Semen Lini kommt es zu einer beschleunigten Eiterung; ich mache mittels Bistouri einen Einstich von etwa 3 mm, wende etwa 2 bis 3 mal die Biersche Stauung an und mache nach derselben einen Verband mit Unguentum Credé. Heilung in 6 Tagen. Als Parallelfall zu diesem möchte ich einen Patienten

anführen, der wegen Lues in meiner Behandlung steht, und bei dem an derselben Stelle in der nämlichen Ausdehnung eine Lymphadenitis bestand. Er ließ sich in Cöln operieren, lag 14 Tage im Krankenhaus und hat seitdem im Nacken eine etwa 5 bis 6 cm lange Narbe, die ihn Zeit seines Lebens entstellt.

V. K. H., 34 Jahre alt, Rentiersgattin. Patientin hat sich mittels einer harten Speckschwarte eine Verletzung am linken Daumen zugezogen; trotz häufiger Verbände mit essigsaurer Tonerde entsteht eine starke, sehr schmerzhafte Anschwellung, die von Tag zu Tag zunimmt. Patientin entschließt sich, einen Arzt aufzusuchen, der eine Inzision vornimmt; nach Angabe der Patientin entleeren sich große Mengen Eiter; nach 3 Wochen Status idem. Ich hatte Gelegenheit, die Patientin weiter zu behandeln und finde eine sehr stark sezernierende Wunde vor, die der Patientin große Schmerzen verursacht. Ich nehme auch hier, nachdem andere Maßnahmen erfolglos waren, meine Zuflucht zu Unguentum Credé; nach etwa 5 Tagen stieß sich ein Sequester ab. Ich lasse die Salbe etwa 20 Stunden liegen, worauf Patientin heiße Waschungen mit Sapo kalin. depurat. macht, die sehr angenehm wirken, und mache dann wieder einen Verband. Dieser Turnus wiederholt sich einige Tage, und nach genau 15 Tagen entlasse ich Patientin als geheilt.

VI. C. K., 25 Jahre alt, Schlosser. Leidet an Lymphadenitis abscedens post Ulcus molle; ich mache zwei höchstens 1 cm lange Inzisionen, setze den Bierschen Sauger an, spritze die Abszeßhöhle mit Jodoform-Glyzerin aus und tamponiere mit Jodoformgaze. Diese für den Patienten sehr wenig angenehme Prozedur nehme ich während der ganzen Behandlung nur einmal vor, und zwar nur direkt nach der Operation, damit die Inzisionswunden nicht zuheilen können. Dann behandle ich mit essigsaurer Tonerdeverbänden, um schließlich vielleicht am 5. oder 6. Tag mit Unguentum-Credé-Verbänden zu beginnen. Auf diese Weise habe ich schon Bubonen in 8 bis 14 Tagen zum Heilen gebracht.

Ich könnte meine Kasuistik noch durch Dutzende von Beobachtungen fortsetzen, will es aber bei diesen 6 Fällen bewenden lassen. Und nun das Fazit aus dieser kleinen Abhandlung: daß ich ein so begeisterter Anhänger des Unguentum Credé geworden bin, kommt daher, weil ich eben so großartige Erfolge mit demselben in meiner Praxis erzielt habe. Ich hätte mich nicht entschlossen, diesen kurzen Aufsatz zu veröffentlichen, wenn ich ihn nicht voll und ganz mit meinem Namen decken könnte. Wenn einer meiner Herren Kollegen von meinen Ausführungen nicht überzeugt worden sein sollte, so bitte ich ihn, selbst einen Versuch mit dieser Salbe in geeigneten Fällen zu machen, und besonders den Herren Militärärzten, in deren Praxis doch die sogen. „kleine Chirurgie“ eine große Rolle spielt, sei Unguentum Credé angelegentlichst empfohlen.

II. Therapeutische Revue.

Die Pathogenese und Therapie der gonorrhoeischen Epididymitis in ihrer Entwicklung bis zum heutigen Stande der Wissenschaft.

Von Dr. Carl Schindler in Berlin.

(Schluß.)

Reitersche Vakzine.

Reiter gibt (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 18) folgende Vorschrift: „Wir injizieren dem Patienten eine leine Dosis des in Frage kommenden Vakzins und verdünnen unter Umständen das vorhandene noch mit einer $\frac{1}{2}\%$ igen Karbol-lösung. Bei gonorrhoeischen Erkrankungen empfiehlt sich die Injektion eines halben Kubikzentimeters des „nach Prof. Wright“ hergestellten Vakzins, das im Kubikzentimeter etwa 5000000 Gonokokken enthält. Peinlichst wird nun auf die sich in den nächsten 24 Stunden zeigenden klinischen Veränderungen geachtet: auf die Lokalreaktion an der Injektionsstelle, auf die subjektiven und objektiven Veränderungen an dem Herde der Erkrankung (Prostata, Epididymis, Blase, Nierenbecken usw.), auf allgemeine Erscheinungen (vgl. oben Vakzinediagnostik). Man wird beispielsweise als eine Veränderung des Herdes der Infektion das Folgende beobachten können: Die Schwellung und Rötung einer Epididymis wird wenige Stunden nach der Injektion (4—6—8) ab- oder auch zunehmen, es werden die dort vorhandenen Schmerzen entweder nachlassen oder auf etwa zwei Stunden zunehmen und dann erst zurückgehen. Es können bei einer chronischen Zystitis unter Umständen die Erscheinungen für einige Stunden in ein akutes Stadium treten (Schmerzen bzw. Schneiden in der Blase, Zunahme der Trübung des Urins usw.). Prinzipiell sollen Veränderungen, die eine Zunahme des Krankheitszustandes bedeuten, nicht länger als 12 bis höchstens 24 Stunden dauern. Die erste Injektion geschieht gewissermaßen im „Dunkeln“ und dient in erster Linie dazu, die Reaktionsfähigkeit des Krankheitsherdes zu erkennen. Sind Erscheinungen am Herde nicht eingetreten, so kann man die zweite Injektion nach etwa 5 Tagen mit der mehrfachen Dosis wiederholen; bei gonorrhoeischen Erkrankungen kann man unter Umständen dann sofort zu etwa 0,3 ccm des Gonokokkenvakzins A-10 nach Dr. Reiter übergehen. Ist man sich über die Wirkung der ersten Injektion aber im unklaren, so wiederholt man lieber diese mit dem Vakzin Wright und steigert auf 0,8—1,0—2,0 ccm. Die zweite und die nächsten Injektionen erfolgen unter Beobachtung der gleichen Kautelen; vor unliebsamen Überraschungen wird man jetzt aber bewahrt sein, während bei der ersten Injektion eine solche nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen ist. Das Prinzip der Behandlung besteht also darin, daß man mit jeder Injektion gewissermaßen „tastend“ die Dosen weiter steigert. Je mehr Fälle man zur Behandlung bekommt, desto häufiger wird man ein verschiedenes Verhalten anscheinend ganz gleichartiger Krankheitsprozesse beobachten.

Brucksche Vakzine, Arthigon.

Bruck gibt für den Gebrauch seiner Vakzine folgende Vorschrift (Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 11; Medizin. Klinik. 1910. Nr. 21; Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 50): „Die Injektionen werden mit sterilisierter Pravazspritze intramuskulär in die Glutäen vorgenommen. Als Leitmotiv gilt, durch die Injektionen kräftige Reaktionen, die sich in eintägigem Temperaturanstieg von mindestens einem Grad äußern, zu erzielen und unter Berücksichtigung der Temperaturkurve mit den Dosen zu steigen. Wir beginnen also mit 0,5 ccm Vakzine. Tritt Temperatursteigerung ein, so warten wir 3—4 Tage ab und wiederholen dann dieselbe Dosis. Tritt eine geringere Reaktion auf, so erfolgt wieder Abwarten von 3—4 Tagen und dann eine Injektion von 1,0 ccm. Erfolgt nach einer Injektion kein Anstieg, so injizieren wir schon nach 2 Tagen eine höhere Dosis. Auf diese Weise geben wir gewöhnlich folgende Dosen: 0,5, 1,0, 1,5, 2,0. Selten haben wir mehr als 5—6 Injektionen gemacht, auch sind wir nie höher als auf 2,0 gestiegen. Wie ersichtlich, läßt sich ein für alle Fälle gültiges Schema nicht aufstellen. Es muß eben, wie bei allen aktiven Immunisierungen unter Berücksichtigung der Temperaturkurve, streng individualisiert werden. Daß wir auf den sogenannten opsonischen Index gar keinen Wert legen, habe ich bereits früher betont. Es möge nun noch hervorgehoben werden, daß frische Fälle viel leichter kräftig reagieren, ältere aber schwerer, und daß, je kräftiger die Reaktionen sind, desto auffälliger die Wirkung ist.“

Bruck-Schultz (Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 50).

„Für Dosierung und Indikationsstellung wurden in unserer Klinik die Ergebnisse der klinischen Beobachtungen zur Richtschnur genommen. Ohne jedes schematische Vorgehen wurden in 1—7 Injektionen Dosen von 0,5—3,0 Arthigon intraglütal verabreicht. Die Durchführung der Vakzinebehandlung richtet sich nach dem Heileffekt und der Allgemeinreaktion. Bei gleichmäßig fortschreitender Besserung wird bei fieberhafter Reaktion nach 3—4, bei geringerer Allgemeinreaktion nach 2—3 Tagen wieder injiziert, im allgemeinen in den Dosen von 0,5, 1,0, 1,5, 2,0; 2,0 wird ev. mehrfach gegeben und nur in Ausnahmefällen, besonders bei sehr geringer Allgemeinreaktion, noch zu höheren Dosen (bis 5 com) gegriffen. Ist der Heileffekt eklatant, so werden noch 1—2 Injektionen angeschlossen.

Ein näheres Eingehen auf die Kontroversen über die Dosierung der Vakzinebehandlung der gonorrhöischen Komplikationen erübrigt sich, da Klarheit über den eigentlichen Mechanismus der Heilwirkung zurzeit noch nicht besteht. Hier kann nur die klinische Erfahrung entscheiden, und jede schematische oder auf Analogieschlüssen basierende Vorentscheidung erscheint unberechtigt.

Es genüge, zu bemerken, daß z. B. Reiter, Friedländer und andere auf dem Standpunkte stehen, mit möglichst kleinen Dosen und unter Vermeidung stärkerer Allgemeinreaktionen vorzugehen, während Bruck gerade stärkere Allgemeinreaktionen hervorzurufen wünscht. Jedenfalls sind bei einem Material von über 100 Fällen, die nach den von Bruck aufgestellten Prinzipien behandelt wurden, niemals Schädigungen der Kranken im Sinne der Provozierung einer Gonokokkensepsis beobachtet, so daß eine allzu große Zurückhaltung in der Dosierung nicht notwendig erscheint.“

Wenn ich nun daran gehe, über die Wirkung der Vakzine auf die Epididymitis zu berichten, so weise ich noch einmal besonders darauf hin, daß in allen diesen Arbeiten nicht nur die Wirkung der Vakzinen auf die Epididymitis, sondern auch auf die anderen während der Gonorrhoe auftretenden bekannten Komplikationen geprüft wurde. Hier kann ich aber, um den mir gewordenen Auftrag nicht zu überschreiten, nur über die Epididymitis referieren.

1909. C. Bruck: Über spezifische Behandlung gonorrhöischer Prozesse. Deutsche med. Wochenschrift. 1909. Nr. 11. Vorläufige Mitteilungen nach einem am 5. Februar 1909 gehaltenen Vortrage. Theoretische Erklärungen. Bericht über die Behandlung von 13 Epididymitiden und dem von der Scheringschen Fabrik auf Aktien in Charlottenburg hergestellten Bruckschen Vakzine „Arthigon“. Nicht selten gaben die Kranken spontan an, daß einige Stunden nach der Vakzineinjektion der Nebenhoden schmerzhafter wurde (also eine Art „lokaler Reaktion“), daß sie aber am nächsten Tage selbst deutlich fühlten, wie er kleiner und weicher wurde. Bei 8 von 13 Kranken war nach 3 Injektionen in 12—15 Tagen die Epididymitis geheilt, ohne daß irgend eine Spur von zurückgebliebener Induration nachgewiesen werden konnte.

1909. K. Sakurane und M. Gasugi: Vorläufige Mitteilung über bakteriologische Behandlung gonorrhöischer Prozesse. Mitteilungen der Medizinischen Gesellschaft zu Osaka. LV. Heft 7. Meist theoretische Abhandlung. Bei einem Fall von Epididymitis war die Wirkung der von Sakurane selbst hergestellten Vakzine so stark, daß die taubeneigroße Anschwellung der Epididymis nach einer einzigen Vakzineinjektion in 3 Tagen sich fast zur Norm verkleinerte.

1910. C. Bruck: Über Epididymitis gonorrhöica und ihre Behandlung. Medizin. Klinik. 1910. Nr. 21. 50 Fälle von Epididymitis bei einer im übrigen indifferenten Therapie mit Arthigon behandelt. Die Schmerzen lassen sehr bald nach, die Resorption geht rasch von statten, eine restierende Knotenbildung wird überhaupt nicht oder nur in sehr geringem Grade beobachtet. Während der Vakzinebehandlung wurde niemals ein Rezidiv oder Überspringen der Erkrankung auf die andere Seite beobachtet. (Ist, wie wir sehen werden, aber doch nicht so selten der Fall. Der Ref.) Da das Arthigon Fieber hervorrufen soll (was aber durchaus nicht immer eintritt. Der Ref.), so behandelt Bruck nur nichtfiebernde Epididymitiden sofort mit Arthigon und wartet bei fiebernden Kranken den Abfall des Fiebers ab. (Einzelne der Autoren haben aber festgestellt, daß ein mäßiges Fieber keine Kontraindikation für die Injektion des Arthigons ist. Der Ref.)

1910. W. Friedländer und H. Reiter: Über Vakzinebehandlung gonorrhöischer Komplikationen. Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 36. Es wurde gewöhnlich die nach Wrights Angaben von Reiter hergestellte Vakzine (in der Wallmüllerschen

Apotheke in Berlin käuflich) benutzt. Es wurde angefangen mit 0,2 ccm der Vakzine. Temperaturanstieg wurde nicht gewünscht. Trat ein solcher auch nicht ein, so wurde jeden 2. bis 3. Tag die vorherige Dosis um 0,2—1,0 ccm gesteigert. Auch bei diesen höheren Dosen trat gewöhnlich kein Fieber ein. (Diese Reitersche Vakzine enthält eben weniger abgetötete Gonokokken pro Kubikzentimeter als das Arthigon-Bruck. Der Ref.) Als lokale Reaktionen der Vakzine beschreiben Friedländer-Bruck eine anfangs vermehrte Schmerzhaftigkeit in dem Nebenhoden, Rötung und Glanz der Haut. Sofort nach dem Abklingen der lokalen Reaktion setzt die Resorption ein. Schon am zweiten Tage war die Schwellung auffällig zurückgegangen. In einer Zahl von Fällen waren aber doch geringe Infiltrate zurückgeblieben. Die Resultate mit der von Friedländer und Reiter versuchsweise angewendeten Bruckschen Vakzine waren dieselben günstigen. Die Verfasser resümieren, daß die Vakzinebehandlung auffallend Gutes bei Epididymitis acuta und subacuta leiste.

1910. Schindler: Über die Wirkung von Gonokokkenvakzin auf den Verlauf gonorrhöischer Prozesse. Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 31. Bereits im allgemeinen Teil referiert. Trotzdem Verfasser bei Epididymitis und Adnextumoren auffallend gute Erfolge (neben Versagern) sah, warnt er vor übertriebenen Hoffnungen und bereitet auf unausbleibliche Mißerfolge vor.

1910. Verhandlungen der 82. Versamml. d. Gesellschaft Deutscher Naturforscher u. Ärzte zu Königsberg; Abteilung f. Dermatologie. — Etwas wesentlich Neues wurde nicht vorgetragen. Die Reihe der Vorträge eröffnete Schindler; es folgten Lewin, Demska-St. Petersburg, Merkurieff-Charkow, Friedländer. Der Inhalt der Vorträge deckt sich mit den bereits referierten Arbeiten der Autoren. Auch die Diskussion brachte nichts wesentlich Neues. Der Verhandlungsbericht ist im II. Band zu finden.

1911. Hecht und Klausner: Über neuere Gonorrhoebehandlung. Berliner klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 20. Es wurde meist das Brucksche Arthigon verwendet. Auch durch oft hohes Fieber wurde das Allgemeinbefinden nicht alteriert. Wahrhaft glänzenden Erfolgen stehen Mißerfolge gegenüber, in denen die Vakzinebehandlung vollkommen versagt. Verfasser führen die Versager auf ausbleibende oder mangelhafte Antikörperbildung zurück. In zahlreichen Fällen blieb nach der Vakzineinjektion die gewöhnlich als Residuum fühlbare Schwielenbildung im Kopf und Schwanz der Epididymis aus.

1911. R. Winternitz: Einige Wandlungen in der Diagnostik und Therapie der Geschlechtskrankheiten (Prager med. Wochenschrift. 1911. Nr. 43 u. 44) berichtet über eine doppelseitige Nebenhodenerkrankung, die mit Arthigon behandelt wurde. Rasche Verkleinerung und Besserung nur auf der einen Seite, trotz mehrerer Injektionen. Es entstand dann ein Abszeß erst auf der anderen, dann auch auf der verkleinerten Seite. Heilung trat erst nach mehrfachen Inzisionen ein, durch welche ein anscheinend mikroorganismenfreier Eiter entleert wurde. Die Gonorrhoe selbst blieb unbeeinflusst.

1911. Schultz: Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvakzin Arthigon (Bruck). Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 50. 80 Fälle. Neben der fieberhaften Allgemeinreaktion wurde häufig eine Herdreaktion beobachtet. Nach dem Abklingen der Herdreaktion wurde eine erhebliche Abnahme der Schwellung und der Druckschmerzhaftigkeit beobachtet. Am günstigsten waren die Resultate in den Fällen, in welchen die Entstehung der Epididymitis beobachtet und sofort eine Vakzinetherapie begonnen werden konnte. Hervorgehoben wird, daß in einzelnen Fällen die Vakzinebehandlung nicht im stande war, Metastasen vorzubeugen. Unter 80 Fällen zeigten nach 14 Tagen 41 normalen Genitalbefund. Bei 14 Fällen war noch eine deutliche Vergrößerung der Epididymis ohne wesentliche Veränderung der Konsistenz nachweisbar, in den übrigen 29 Fällen waren trotz erheblicher Besserung noch kleinere oder größere Infiltrate in der Cauda zu fühlen, und in 10 Fällen wirkte das Arthigon überhaupt nicht ein. Unter 12 Fällen von Funiculitis zeigten 8 in unmittelbarem Anschluß an die Injektion eine sehr erhebliche Abnahme der Schmerzhaftigkeit, der Schwellung und der Verhärtung, 4 Fälle blieben unbeeinflusst.

1912. Rohrbach: Über neuere Behandlungsmethoden gonorrhöischer Komplikationen. Dermatolog. Zeitschrift. XIX. 1912. Heft 1. Der Autor benutzte nur das Brucksche Arthigon. Es wurden 27 Epididymitiden behandelt. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 6 und 33 Tagen. Mäßige Fieberbewegungen wurden nicht als Kontraindikation gegen die Behandlung mit Arthigon betrachtet. Die Temperatursteigerung nach Arthigon hielt sich meist zwischen 38,5° und 39,5° und fiel am nächsten Tage ab, ohne daß das Allgemeinbefinden im geringsten gestört wurde. In 12 Fällen wurde weder Fieber noch eine lokale Reaktion beobachtet. Nur sechsmal wurde überhaupt eine lokale Reaktion beobachtet (gesteigerte Schmerzen im Nebenhoden und

Samenstrang, Gefühl von Kribbeln, vermehrte Druckempfindlichkeit). Die Injektionsstelle in den Glutäen wurde mehrfach als besonders schmerzhaft bezeichnet, ohne daß ein Infiltrat nachweisbar war. In 14 Fällen ließen die Spontanschmerzen sehr schnell nach, schon nach wenigen Stunden; in 13 Fällen aber nur so allmählich, daß ein Einfluß der Vakzine nicht erkennbar wurde. In 4 Fällen war der Nebenhoden völlig abgeschwollen, ebenso klein und weich wie der gesunde. In 9 Fällen war das noch restierende Infiltrat nur bis haselnußgroß und auffallend weich. In den übrigen 14 Fällen versagte die Vakzine und es blieben mehr oder weniger derbe Infiltrate zurück. Bei den mit Funiculitis komplizierten Fällen war unter 5 Fällen dreimal eine deutliche Verdünnung des Stranges und ein Schwinden der Druckempfindlichkeit festzustellen. Die fieberhafte Reaktion war kein unbedingtes Erfordernis für die günstige therapeutische Beeinflussung. Unter 13 Fällen trat viermal auch ohne jede Reaktion eine auffällige Besserung ein; dreimal blieb der Erfolg trotz Allgemeinreaktion aus und einmal trat weder ein Erfolg noch eine Reaktion ein. Da aber die Erfolge unter den reagierenden Fällen zahlreicher waren, ist mit gewissen Einschränkungen eine Reaktion prognostisch als für den zu erwartenden Erfolg günstig. In etwa 50% der Fälle also wurden der Spontanschmerz und die Druckempfindlichkeit rasch beseitigt und eine vollständige oder annähernde Restitutio ad integrum herbeigeführt. Ein Versuch in der ambulanten Praxis ist in jedem Falle angezeigt.

1912. Hagen: Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzin. Mediz. Klinik. 1912. Nr. 7. Es wurden 55 Epididymitiden behandelt mit Bruckscher und mit Reiterscher Vakzine, die sich in der Wirkung nicht unterscheiden. Es blieben nur geringe Infiltrate zurück. In 4 Fällen entstand während der Vakzinebehandlung eine frische Epididymitis, in 1 Falle entwickelte sich trotz der eingeleiteten Vakzinebehandlung die Epididymitis zur vollen Höhe. In 7 Fällen nur versagte die Vakzine vollkommen. Alle 7 Fälle waren von einer starken Funiculitis begleitet. Autogene Vakzine ergab keine besseren Resultate als die polyvalente fabrikmäßig hergestellte Vakzine. Verfasser hält nach seinen Erfahrungen die Vakzinebehandlung der Epididymitis bei gleichzeitig bestehender Funiculitis für kontraindiziert. (Referent kann diesen Standpunkt nach seinen Erfahrungen nicht einnehmen; es stehen auch dieser These die günstigen Erfolge von Bruck, Rohbach und anderen hier noch zu Worte kommenden Autoren entgegen. Der Ref.) Ebenso will Hagen auch Epididymitiden ohne Funiculitis erst dann mit Vakzine behandeln, wenn die Entzündung den Höhepunkt erreicht hat, also etwa am 2. bis 3. Tage, weil die Vakzineinjektion die Propagation der Entzündung nicht aufhalte. (Auch dieser Schluß erscheint dem Referenten als zu weitgehend und ist mit den Erfahrungen der anderen Autoren nicht in Einklang zu bringen. Der Ref.)

1912. Dorn: Erfahrungen mit der Gonokokkenvakzine Arthigon. Dermatolog. Wochenschrift. 1912. Nr. 11. Arthigon wurde auch während des Fiebers (38,8—40,1) injiziert. Es traten keine unangenehmen Nebenerscheinungen ein, das Fieber war nicht höher als am vorhergehenden Tage und sank am nächsten Tage kritisch oder lytisch. Von 20 Epididymitiden waren 18 ohne nachweisbare Veränderungen am Nebenhoden geheilt.

1912. Reiter: Die Bedeutung der Vakzinetherapie für die Urologie. Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 18. Enthält nichts Spezielles über die Behandlung der Epididymitis; wegen der Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen und der daraus für die Praxis der Immunisierung zu folgernden allgemeinen Leitsätze sehr lesenswert. Die Arbeit muß im Original nachgelesen werden; bezüglich der Vorschriften über die Immunisierung mit dem Reiterschen Vakzin ist sie bereits zitiert worden.

1912. J. Simon: Über Arthigonbehandlung der Gonorrhoe. 16 Fälle von Epididymitis. Alle Epididymitiden bis auf einen Fall ohne Knotenbildung geheilt. Je stärker das reaktive Fieber war, um so durchschlagender und schneller die Wirkung. Auch Simon konnte einen Fall beobachten, in welchem trotz der Immunisierung Metastasen nicht aufgehalten wurden und während der Vakzinebehandlung eine Epididymitis entstand. Es wurde eine Prostatitis gravis mit Arthigon behandelt. Nach der vierten Arthigoneinspritzung wurde ein instrumenteller Eingriff vorgenommen, nach welchem sich eine Epididymitis entwickelte, welche nach weiteren Vakzineinjektionen schnell verschwand.

1912. Föckler¹: Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Dermatolog. Wochen-

¹ Aus der Dermatologischen Abteilung (Prof. Bruhns) des Krankenhauses in Charlottenburg.

schrift. LV. 1912. Nr. 46. 49 Fälle von Epididymitis und zum Teil Funiculitis. Es wurde ausschließlich Scheringsches Arthigon verwendet. Die Spontanschmerzen ließen nach, öfter nach der ersten Injektion, als lokale Reaktion vorübergehende Vermehrung der Schmerzen. In 4 Fällen war die Vakzine auch nach Injektion von 2 ccm wirkungslos. Die Behandlungsdauer betrug im Mittel 28 Tage, bei einigen Kranken 21 Tage, bei einigen 56 Tage. Trotz Bettruhe und während der Arthigoneinspritzungen entstand zweimal eine Epididymitis auch auf der anderen Seite, dreimal eine Epididymitis von der erkrankten Prostata aus, einmal während einer Arthritis. Ab und zu traten Schmerzen an der Injektionsstelle auf. Im allgemeinen war die Einwirkung der Vakzine am günstigsten und schnellsten, wenn die Kranken auf die Injektionen mit Fieber reagierten. Föckler ist im ganzen wenig befriedigt von der Wirkung des Arthigons: „Wohl war nach der ersten oder zweiten Injektion in fast allen unseren Fällen eine mehr oder minder deutliche Abschwellung des erkrankten Organs festzustellen, jedoch der weitere Rückgang der Schwellung war dann nicht nur ein recht langsamer, er war auch bezüglich der Restitutio ad integrum kein wirklich befriedigender. Von 49 Fällen zeigten beim Abgang nur 8 keine oder keine nennenswerte Verhärtung im erkrankten Nebenhoden mehr; alle anderen Patienten hatten noch harte Infiltrationen von Erbsen- bis Haselnußgröße, trotzdem sie meist über 5,0, einige bis 10,0 ccm Arthigon erhalten hatten. Ein Versuch könne bei Epididymitis empfohlen werden, allerdings wird man nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen einen Erfolg sehen.

Die Arbeit von Föckler ist die letzte und beschließt, im November 1912, die Reihe der Autoren, welche über die Wirkung der Gonokokkenvakzine auf die Epididymitis berichtet haben. Föckler hebt hervor, daß er selten, wie einzelne seiner Vorgänger, so günstige Erfolge, restlose Ausheilung der Epididymitis ohne Knotenbildung zu verzeichnen hatte und daß gerade die Restitutio ad integrum in fast allen seinen Fällen ausblieb. Die Immunisierung wirke daher auch nur palliativ. Die Erfahrungen Föcklers, welche am meisten mit denen Rohrbachs übereinstimmen, kann ich aus eigenen Beobachtungen nur bestätigen und ich setze das Referat über meine eigenen Untersuchungen aus dem Jahre 1910 an den Schluß meines Berichtes. Nach Bruck hatten zu gleicher Zeit in Berlin Friedländer und Reiter und ich selbst zuerst mit den verschiedenen Vakzinen Versuche angestellt. Friedländer und Reiter hatten nur kurz Zeit vor mir ihre Untersuchungen veröffentlicht (Juli 1910), zu einer Zeit, als auch ich im wesentlichen meine Arbeit abgeschlossen hatte. In einer vorläufigen Mitteilung bereitete ich, nachdem Friedländer gesagt und geschrieben hatte, daß man durch die Vakzineinjektionen „die Restitutio ad integrum geradezu erzwingen könne“, auf häufige Mißerfolge vor. (Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 31.) 2 Monate später berichtete ich dann ausführlicher über meine Erfahrungen und betonte, gerade wie Föckler, besonders scharf, daß eine Restitutio ad integrum in den schweren Fällen ausgeblieben war. Ich machte auch als erster darauf aufmerksam, daß die Immunisierung eine Propagation der Entzündung nicht aufhalte.

1910. Schindler: Über neuere Methoden der Gonorrhoebehandlung und die aktive Immunisierung mit Gonokokkenvakzine. Berliner klin. Wochenschrift. 1910. Nr. 40. „Das Vakzin wirkt wohl nicht bakterizid auf die Gonokokken selbst, denn ich sah sowohl eine Epididymitis als auch eine Salpingitis trotz der Vakzineinjektionen und während derselben entstehen. Stets habe ich unter Ausschluß irgend eines anderen therapeutischen Eingriffs nur mit Vakzin behandelt. Auch habe ich es außerdem noch für erforderlich gehalten, nur schwere Epididymitiden mit starken Schwellungen des Nebenhodens mit Vakzin zu behandeln, weil die leichteren und mittleren Fälle, die oft auch ohne besonderes Heilverfahren abheilen (oft sogar ohne Verhärtungen zurückzulassen), keinen Maßstab dafür bieten, was die Immunisierung mehr leistet, als die anderen uns zu Gebote stehenden Behandlungsmethoden. Das Vakzin wirkt bei der Epididymitis entschieden schmerzlindernd und auch den Krankheitsverlauf abkürzend, indem gleich in den ersten Tagen ein merklicher Rückgang der Schwellung eintritt. Dann aber bleibt die Schwellung persistent; eine völlige Restitutio ad integrum tritt nicht ein. Ich sah stets kleinere und größere Knoten zurückbleiben, die sich unter Spiritusverbänden und heißen Umschlägen noch weiter verkleinerten, ohne aber ganz aufgesaugt zu werden. Man darf daher durchaus den Wert der Vakzinebehandlung nicht überschätzen (und auch Bruck selbst ist in seinen Arbeiten von einer Überschätzung weit entfernt. Der Ref.) und man wird selbst bei sorgfältiger Auswahl der Fälle verblüffende Erfolge und verblüffende Mißerfolge haben.“

Resümierend kann man demnach über die Behandlung der Epididymitis mit Gonokokkenvakzine sagen: Auch die aktive Immunisierung, die spezifische

Behandlung der Gonorrhoe mit Vakzin, hat unsere Hoffnungen und unsere Sehnsucht auch nicht voll erfüllt. Eine Restitutio ad integrum wird wieder nicht durch die aktive Immunisierung gewährleistet. Ja, in einer Reihe von Fällen, bei einzelnen Individuen, bleibt die Immunisierung überhaupt ganz ohne Wirkung. In einer genügend großen Zahl von Fällen aber wirkt die Immunisierung günstig, unter Umständen sogar verblüffend, auf die subjektiven und objektiven Symptome ein, so daß als Palliativum die Immunisierung um so schätzenswerter ist, weil die Immunisierung einfach und leicht in der Praxis von jedem Arzt durchgeführt werden kann und niemals schadet. Keinesfalls aber werden durch die Immunisierung unsere anderen Behandlungsmethoden entbehrlich. Wir haben aber nun eine Methode mehr und können nach bestimmten Indikationen individualisieren. Da wir niemals vorher wissen können, ob die Vakzineinjektionen wirken oder unwirksam bleiben, so wird man, weil mitunter doch der Erfolg ganz überraschend ist, bei jeder Epididymitis neben der sonst noch einzuleitenden Therapie gleichzeitig mit den Vakzineinjektionen einen Versuch machen. Ebenso wird man in jedem Falle von vornherein antiphlogistisch vorgehen, indem man die Anwendung trockener Hitze mit den Spiritusverbänden nach Schäffer kombiniert. Und in ganz schweren Fällen mit starker Schmerzhaftigkeit und hochgradigem Exsudat, bei hohem Fieber wird außerdem die Punktion gute Dienste leisten. Wir können zweifellos heute durch die neueren Methoden schneller und sicherer als früher die Leiden des Kranken erleichtern und auch abkürzen, den Verlauf der Epididymitis für ihn angenehmer gestalten. Die Heilung im Sinne einer Restitutio ad integrum bleibt nach wie vor lediglich ein Werk des Zufalls. Mit keiner unserer Methoden können wir eine wirkliche Heilung, die Restitutio ad integrum des erkrankten Nebenhodens etwa erzwingen. Weit sicherer jedoch können wir bei zweckentsprechendem Verhalten des Kranken, bei frühzeitiger energischer und zielsicherer Behandlung der Urethralgonorrhoe die Entstehung einer Epididymitis verhüten. Hier haben wir für unsere Betätigung eine weit dankbarere Aufgabe, die allerdings noch schwierig genug ist, zumal es hierbei auf die therapeutische Geschicklichkeit des einzelnen Arztes sehr wesentlich ankommt.

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Zur Klinik und Ätiologie einiger am weiblichen Genitale auftretender seltener Geschwürsformen**, von G. Scherber. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Februar.)

Verf. teilt einige Fälle von herpetischen, aphthösen und pseudotuberkulösen Geschwüren an den weiblichen Genitalien mit und beschreibt die differentialdiagnostischen Unterschiede von den anderen, häufigeren, erosiven und ulzerösen Prozessen am weiblichen Genitale. Immerwahr-Berlin.

- 2) **Schwangerschaftstoxidermien durch Ringersche Lösung geheilt**, von Elise Eichmann. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

3 Fälle von juckenden Hautkrankheiten (welche eigentlich, Urticaria oder Ekzem? Ref.) bei Schwängern durch Einspritzung von Ringerscher Lösung und vegetarische Diät geheilt. Raff-Augsburg.

- 3) **Bakteriologische Untersuchungen bei verschiedenen Hautentzündungen (Licht- und Kohlensäurereaktionen, Ekzeme, Ulzerationen usw.),** von Martha Ehrlich. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

Die Blasen nach Finsen- und Quarzquecksilberlampenbeleuchtung halten sich während ihres ganzen Bestehens steril; die Krusten wurden häufig mit Staphylo- und Streptokokken — selten mit Pseudodiphtheriebazillen — infiziert gefunden. Reine Streptokokkeninfektionen wurden nicht, reine Staphylokokkeninfektionen häufig festgestellt. Klinisch waren Unterschiede zwischen den sterilen, den einfach und doppelt infizierten Fällen nicht nachweislich. Die starken (auch eitrigen) Cutisreaktionen auf Tuberkulin (von Pirquet und Moro) erwiesen sich auffallend steril. Andere medikamentöse Dermatiden sind teils steril, teils infiziert. Neben der Streptokokken-Impetigo contagiosa wurden einige klinisch-atypische Fälle der Impetigo mit reiner Staphylokokkeninfektion gefunden. Beim Ekthyma wurden immer Streptokokken nachgewiesen, oft zusammen mit Staphylokokken. Beim Ekzem fehlten reine Streptokokkeninfektionen; Mischinfektionen mit Staphylo- und Streptokokken waren häufig. In Ulcera cruris waren immer Staphylo-, sehr häufig Streptokokken vorhanden; in vielen wuchs daneben — meist ohne klinischen Befund — Pyocyaneus, über dessen Bedeutung für den Krankheitsprozeß ein Urteil noch nicht abgegeben werden kann.

Schourp-Danzig.

- 4) **Alcuni concetti nell' indirizzo degli studi dermatologici,** per F. Radaeli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Verf. erwartet den weiteren Fortschritt in der Dermatologie nicht von einem genaueren Studium der Effloreszenzen oder von der pathologischen Anatomie, sondern von der Erkennung der inneren Ursachen der Hautkrankheiten. Er führt in dieser Richtung den sensibilisierenden Einfluß des Hämatoporphyrins gegenüber den Lichtstrahlen bei Hydroa, die Immunitätsverhältnisse bei Schimmelpilzkrankungen der Haut, die Veränderungen im Haut- und Lymphsystem bei Mycosis fungoides und die vielfachen Beziehungen zwischen Dermatosen einerseits und Krankheiten des Magendarmkanals, der Leber, Nieren, Genitalorganen und Drüsen mit innerer Sekretion andererseits an. Die pathologisch-anatomischen Bezeichnungen der Hautkrankheiten lehnt Verf. ab, da die anatomischen Prozesse allein nicht die Diagnose gestatten.

Dreyer-Cöln.

- 5) **Über die Beziehungen zwischen Licht- und Hautfarbstoff,** von F. B. Solger. (Strahlentherapie. XI. H. 1.)

Seine Anschauungen über die Bedeutung des Melanins zieht Verf. in folgende Sätze zusammen: Der Farbstoff der Haut ist ein spezifisches Produkt bestimmter Epidermiszellen. Über die Norm gesteigert wird die Pigmentierung 1. durch äußere Reize, 2. durch Reflexwirkung von einem Zentrum des Nervensystems her; außerdem wird die 1. oder beide der genannten Komponenten durch sensibilisatorisch wirkende Körper verstärkt. Als illustrierende Beispiele gibt Verf. die prägnantesten Beobachtungen aus früheren Arbeiten, sowie einige neue, die sich aus der Deutung der Pigmentierungsvorgänge bei Leukoderma und Psoriasis ergeben. Sie veranlassen Verf. dazu, auszusprechen, daß die von der allgemeinen Pathologie in der Lehre von der Entzündung aufgestellten Grundsätze auch für die Erscheinungen der Pigmenthypertrophie und -atrophie gelten. Dadurch erhält die Annahme einer lokalen Entstehung des Hautfarbstoffs als eines spezifischen Produktes der Epidermis einen weiteren Stützpunkt.

Autoreferat.

- 6) **Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung der Ovarien durch Röntgenstrahlen**, von H. Ritter. (Strahlentherapie. 1912. S. 138.)

Störungen der Menstruation sind häufig bei Röntgenbestrahlungen des Gesichtes, der Extremitäten und besonders der Schilddrüse beobachtet worden. Verf. hat bei einer Anzahl von Frauen, bei denen Bestrahlungen in der Halsregion indiziert waren, solche unter sorgfältiger Abdeckung des Abdomens vorgenommen, ohne Menstruationsstörungen konstatieren zu können. Verf. führt die früheren gegenteiligen Beobachtungen auf die Beeinflussung der Ovarien durch vagabundierende Strahlen zurück. C. Siebert-Charlottenburg.

- 7) **Beitrag zu den pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Schwefelwirkung**, von Kopytowski. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. H. 1.)

Verf. hat die Wirkung des Schwefels auf gesunde Haut studiert, indem er verschieden konzentrierte Schwefelsalben auf normale Skrotalhaut einwirken ließ. Er fand, daß der Schwefel eine Entzündung der Papillarschicht und der oberen Cutisschichten hervorruft, während gleichzeitig die Hornschicht eine Vermehrung ihrer Lagen erfährt, die jedoch nur unvollständig verhornen und lose zusammenhängen. Ob jedoch diese Veränderungen auf einer Reduktion der Gewebe beruhen und damit die Unnasche Ansicht zu Recht besteht, kann durch histologische Untersuchungen allein nicht entschieden werden.

Lilienstein-Hamburg.

Entzündliche Dermatosen.

- 8) **Heilung der Verrucae planae durch Salvarsan**, von H. Loeb. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

Verf. erhielt bei zwei Patienten mit relativ kleinen Salvarsandososen Heilung der Verrucae planae in einigen Tagen, ohne daß irgendein Rest der Effloreszenzen oder Pigmentierung zurückblieb.

Schourp-Danzig.

- 9) **Über eine Modifikation des Staphylokokkenvakzins**, von G. Wolfsohn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 3.)

Verf. empfiehlt das Staphylokokkenvivovakzin, das außer den toten Bakterienleibern auch die lebenden Kulturfiltrate bei der Immunisierung berücksichtigt; für die Behandlung chronischer Staphylomykosen sehr dringend. Bei chronischen Ekzemen und Furunkulosen scheint dieses Mittel eine ganz vorzügliche Wirkung zu besitzen. Außer den Infiltraten an der Einspritzungsstelle und einer Art negativer Phase, die nach 12—24 Stunden vorübergeht, sind üble Nebenwirkungen bei der Behandlung nicht vorhanden.

Schourp-Danzig.

- 10) **Die Behandlung der Furunkulose und der Sycosis coccogenes mit dem Staphylokokkenvakzin „Opsonogen“**, von L. Zweig. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 5.)

Verf. zeigt an kurzen Krankengeschichten die überraschenden Heilerfolge bei der Furunkulose. Daß man natürlich durch feuchte Verbände usw., die Wirkung zu unterstützen sucht, ist selbstverständlich. Bei der Opsonogen-therapie der Sycosis coccogenes sind die Erfolge nicht in so kurzer Zeit zu erzielen, wie bei der Furunkulose. Auch hier muß man alles zur Unterstützung der Heilwirkung tun; also Epilation, Röntgen- und Salbenbehandlung behalten ihren Platz nach wie vor.

Schourp-Danzig.

- 11) **Osservazioni sopra due casi di ittiosi familiare**, per L. Tommasi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Unter vier Kindern einer Familie erkrankten zwei Schwestern (das älteste und dritte Kind), die mit Muttermilch genährt waren, an Ichthyosis. Bei beiden findet sich gleichzeitig Indikanurie, die kaum zu beeinflussen ist. Die Mutter hatte an Tuberkulose gelitten. Beide Mädchen sind chlorotisch. Die Form der Ichthyosis ist in dem zweiten Fall leichter als in dem ersten.

Dreyer-Cöln.

- 12) **Dermatite cronica esfoliativa**, per P. Longo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Ein 64 Jahre alter Mann leidet seit 25 Jahren an Psoriasis, die nach erstmaliger Abheilung rezidierte und vor einigen Wochen unter Fiebererscheinungen zu Rötung und Ragadierung eines großen Teiles der Haut führte. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich schnell, und Patient stirbt unter Erscheinungen von seiten des Darmtrakts und der Lungen. Verf. faßt die desquamative Dermatitis, die der Psoriasis folgte, als eine Teilerscheinung dieser letzteren Erkrankung und nicht als selbständige Komplikation derselben auf. Der Ausgang wurde durch Autointoxikation infolge mangelhafter Ausscheidung herbeigeführt.

Dreyer-Cöln.

- 13) **Sulla parapsoriasis en plaques**, per Bizzozzero. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Bei einem 21jährigen Mann haben sich seit 6 Jahren an Stamm, Oberschenkeln und rechtem Arm ein Centesimostück groß, runde oder ovale, sattrote, zum Teil konfluierende, leicht infiltrierte, ganz leicht glänzende Flecke entwickelt. Einige fünfmarkstückgroße, runde Flecke am Thorax zeigen einen $\frac{1}{3}$ cm breiten erhaltenen Rand, eine innere, leicht glänzende, fein gefaltelte Partie und ein bräunlich pigmentiertes Zentrum. Die Affektion wird durch die Therapie nicht beeinflusst. In dem fortschreitenden Teil der Affektion auf der Brust wurde ein leichtes Ödem der Cutis, Lymphozyteninfiltration um die erweiterten Gefäße und eine geringe Pigmentvermehrung der Basalschicht gefunden. In einem zweiten vom Arm entnommenen Stück ist die Pigmentierung in der Basalschicht noch bedeutend stärker. Patient ist frei von Tuberkulose, leidet aber von Jugend auf an Brennen in der Magengegend und Aufstoßen, Erscheinungen, die vielleicht als ursächliches Moment in Betracht zu ziehen sind.

Dreyer-Cöln.

Zirkulationsstörungen der Haut.

- 14) **Urtica solitaria**, von Vörner. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Januar.)

Das Bemerkenswerte an des Verf's Beobachtungen ist, daß Individuen, welche in früheren Jahren an typischer Urticaria litten, nach Aufhören der verbreiteten Eruptionen nur noch an einer einzigen Stelle zeitweise eine einzige Quaddel zeigen. Diese Quaddel hat bei ihren häufigen Rezidiven einen fast konstanten Sitz. Verf. beschreibt 2 Fälle, bei denen die Quaddel im Gesicht saß, und 2 Fälle, bei denen sie an den Genitalien lokalisiert war, und zuerst eine Infektion vortäuschte.

Immerwahr-Berlin.

- 15) **Purpura annularis teleangiectodes (Majocchi)**, von Vignolo-Lutati. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Ausführliche Darstellung der klinischen und histologischen Erscheinungen bei einem Fall dieser seltenen Affektion. Aus den Untersuchungen geht

hervor, daß der Prozeß durch eine Endarteriitis obliterans einer kleinen Arterie des subkutanen Gewebes eingeleitet wird, wodurch einestheils die Erscheinungen der konsekutiven Stauung im venösen System, andererseits Ektasien der die obliterierte Arterie umgebenden Kapillaren und Arterien mit nachfolgender Hämorrhagie ausgelöst werden. Ätiologisch kommen verschiedene toxische Momente bei der Entstehung der Dermatoze in Betracht.

Lilienstein-Hamburg.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 16) **Xanthome généralisé avec chéloïdes secondaires. Lipémie et lipodémie,** par Legendre. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 132.)

Beschreibung eines Falles von generalisierten und disseminierten tuberösen Xanthomen, die seit 10 Jahren mit allmählichen Nachschüben bestanden; auf den an den Ellbogen und Vorderarmen lokalisierten Plaques hatten sich harte und schmerzhaft Keloide entwickelt. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab die Umwandlung der Xanthomzellen in Fibroblasten. Das Serum der Patientin zeigte das Aussehen fettreicher Milch, die chemische Analyse ergab Hypercholesterämie und Lipämie, ferner Reichtum an Lecithin. Der Urin enthielt weder Pigment noch Zucker, noch Albumen, noch Fett.

Paul Cohn-Berlin.

- 17) **Heilung eines Falles von Hautsarkomatoze durch Thorium X,** von Herxheimer. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 47.)

Nach 7 Injektionen waren alle Knoten verschwunden, freilich ist abzuwarten, ob keine Rezidive eintreten. (Ein solches ist auch eingetreten, wie Ref. gesehen hat.)

Raff-Augsburg.

- 18) **Epithelioma of the tongue with no recurrence nine years after clinical cure with the X ray,** by M. F. Engman. (Journ. of the Amer. med. Association. 1912. März.)

Ein harter Knoten auf der Zunge ulzerierte allmählich, verursachte Schmerzen und wurde schließlich als Epitheliom diagnostiziert. Da der Patient die vom Verf. dringend befürwortete Operation nicht zuließ, wurde das Geschwür gründlich mit Röntgenstrahlen zerstört. Seit 9 Jahren trat kein Rezidiv auf. J.

- 19) **A case of acanthosis nigricans,** by Ch. J. White. (American Journ. of cutan. dis. 1912. April.)

Die papilläre und pigmentäre Dystrophie war bei der jetzt 14-jährigen Patientin im 4. Lebensjahre zuerst in Form eines dunklen Flecks unter der Brust bemerkt worden. Dieser Fleck wuchs allmählich zu einem erhabenen, dunklen Streifen zwischen Umbilicus und Mons Veneris an, die ganze Haut wurde dunkel, hart rau, Gesicht und Hals mitergriffen. Zahlreiche Herde zeigten akneartige Eruptionen, daneben waren viele Naevi verstreut. Die Erkrankung nahm keinen malignen Charakter an, erbliche Belastung oder innere Erkrankungen fehlten. Therapeutisch wurde lokal Salizyl- und Ichthyolsalbe, innerlich Arsen, Eisen, Schwefelmagnesium ohne nennenswerten Erfolg gegeben. Besser wirkte Thyreoideaextrakt, der Gewichtszunahme, Besserung des allerdings nie sehr schlechten Allgemeinbefindens und Rückbildung der Schwellungen hervorrief. Die Färbung war nicht zu beeinflussen. J.

- 20) **A case of Hutchinsons infective angioma,** by J. H. Sequeira. (British Journ. of Dermatology. 1912. Oktober.)

Die 20-jährige Patientin zeigte bereits als Kind rote Flecke am Arm, die sich allmählich vergrößerten und vermehrten. Die histologische Untersuchung

ließ unter normaler Epidermis Schwellung der Kapillaren durch zahlreiche rote Blutkörperchen bei wenigen Leukozyten, Schwellung der elastischen Schicht und der Gefäßwände erkennen. Unter der Epidermis fanden sich ovale, gram-negative Körperchen, deren Natur aber nicht festgestellt werden konnte. Die Erkrankung entsprach weder dem Lupus noch dem Naevus. J.

- 21) **Un caso di leiomioma cutaneo multiplo**, per Engel. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Bei einem 41jährigen Mann traten vor 8 Jahren am unteren Teil der rechten Wange harte Knötchen auf, die nach 2 Jahren zum Teil langsam verschwunden waren, während andere von größerem Umfang hinzukamen. Gleichzeitig stellten sich immer stärker werdende neuralgische Schmerzen ein. Die Affektion griff auf das Kinn, den oberen Halsteil und die andere Seite über. Die kleinsten Tumoren haben Stecknadelkopfgröße, liegen in der oberen Cutis, haben eine weißlichgelbe Oberfläche, die leichten Glanz zeigt. Sie hängen mit den Haaren zusammen, da über der Mitte eines jeden Tumors ein solches sichtbar ist. Einzelne zeigen eine hellbraune Farbe. Die Tumoren bestehen mikroskopisch aus glatten Muskelfasern, die sich in allen Richtungen durchflechten. Die dünneren Bündel liegen nach oben zu und sind meist konzentrisch angeordnet. Nur eine dünne Gewebsschicht der oberen Cutis trennt den Tumor vom Epithel. Nach der Tiefe zu ist der Tumor infolge der strahlenförmigen Anordnung größerer Bündel weniger scharf begrenzt. Gefäße sind nur spärlich in den Tumoren enthalten. Die Arrectores pilorum sind hypertrophisch und gehen direkt in die Tumormasse über. Dreyer-Cöln.

- 22) **Systematisierter ichthyosiformer Naevus**, von Wälsch. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Fall von einem über die linke Kopf- und Gesichtshälfte sowie über dem Jugulum lokalisierten Naevus bei einem 9jährigen Knaben, der dadurch bemerkenswert ist, daß die linearen Streifen des Naevus im großen und ganzen den Grenzlinien der Trigeminusäste entsprechen, daß auch die betreffende Seite der Lippen- und Wangenschleimhaut von der Affektion befallen war und neben einem subkonjunktivalen Lipodermoid auch eine Hemmung der Zahnentwicklung bestand. Dies Nebeneinander von Gewebsüberschuß und Hemmungsbildungen könnte wohl ein Licht über die Entstehung der Naevi verbreiten. Verf. schließt sich in diesem speziellen Fall der Theorie der Verbreitung der Naevi in den Voigtschen Grenzstreifen an, neigt jedoch der Ansicht zu, daß sich durch eine Theorie nicht alle Fälle erklären lassen. Lilienstein-Hamburg.

- 23) **Notes on a case of naevo-carcinoma (melanotic) of the scalp in a boy aged nineteen years**, by Ch. H. Silley. (British med. Journ. 1912. Dez.)

Seit dem 5. Lebensjahre wurde bei dem Patienten ein dunkelfarbiger Tumor auf der linken Seite des Kopfes bemerkt, der bis zum 14. Jahre wuchs und sich im 19. Jahre auch über die Schläfe bis zum Auge verbreitete. Dann erst kam der Fall zur Behandlung. Der Tumor besteht aus mehreren Knoten, die durch Fissuren getrennt sind und fast haarlose Oberfläche haben. Die ganze Masse wird operativ entfernt, die starke Blutung durch Nähte oder Zangendruck gestillt, worauf glatte Heilung erfolgt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Naevokarzinom. Bemerkenswert ist, daß weder Metastasen noch Drüenschwellungen bestehen und die Erkrankung in einem so jungen Lebensalter auftrat. J.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 24) **Sklerodermieartige Hautveränderung nach Skorbut**, von W. Lier. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Ein 33jähriger Mann, der vor einem Jahre an Skorbut erkrankt gewesen war, zeigte eine sklerodermieartige Hautveränderung im Bereiche der Sprunggelenke und am linken Unterschenkel und an der linken Ellenbeuge.

Schourp-Danzig.

- 25) **Weiteres zur Behandlung der Sklerodermie mit Coeliacin**, von Kölle. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Bericht über eine erstaunliche Besserung eines Sklerodermiefalles mit Coeliacin (Mesenterialdrüsenextrakt). Besonders auffallend war die Gewichtszunahme: 12 kg in 1½ Jahren.

Raff-Augsburg.

- 26) **Three cases of family dystrophy of the hair and nails**, by J. S. Eisenstaedt. (Journ. of the Amer. med. Association. 1913. Januar.)

Die trophische Anomalie der Haare und Nägel, welche an drei Kindern der gleichen Familie beobachtet wurde, hatte bereits frühere Generationen heimgesucht. Während der Vater und sechs andere Geschwister normal erschienen, waren die Mutter und deren Vorfahren mit ähnlichen Abnormitäten behaftet. Bemerkenswert ist, daß es sich um französische Kanadier handelte, aus welcher Rasse auch White einschlägige Fälle berichtete. Die Haare waren bei geringem Wachstum spärlich, kurz, nicht abzubrechen, aber leicht auszuziehen. Achselhaare fehlten ganz, die Augenbrauen waren sehr wenig entwickelt. Die Nägel an Händen und Füßen waren bei hypertrophischem Nagelbett kurz und brüchig.

J.

Neuritische Dermatosen.

- 27) **On reflex irritation as a cause of alopecia areata**, by H. E. Jones. (British Journ. of Dermatology. 1912. Oktober.)

Verf. berichtet über 15 Fälle von Alopecia areata. Die Areae auf der Kopfhaut, Zahnbildung, Pharynx, Conjunctivae wurden dabei genau beobachtet. Häufig war ein Zusammentreffen des Haarausfalls mit Zahnreizen, seltener mit anderen peripheren Reizungen. Selten war die Region des Trigemini, etwas häufiger das Gebiet des Occipitalis oder Zervikalplexus ergriffen. In 50 Fällen lag keine periphere Nervenreizung vor.

J.

- 28) **Über Febris herpetica**, von Schottmüller. (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsforsch. I. 1912. H. 1.)

Neben den von Fieber begleiteten Herpesfällen, die im Gefolge von Pneumonie, Meningitis, Arsenvergiftungen usw. auftreten, gibt es eine Reihe von Erkrankungen an Herpes febrilis, deren Ursache bisher nicht festgestellt wurde. Dieser Herpes unterscheidet sich vom Zoster durch das auf eine Infektion hindeutende Fieber, durch das Übergreifen von der Gesichtshaut auf die Mundschleimhäute, durch die nicht dem Nervengebiet folgende Lokalisation durch die Heilung unter hämorrhagischen Schorfen und das Fehlen zurückbleibender Narben. Bei 50 Frauen mit solchem Febris herpetica stellte Verf. bei näherem Nachforschen einen vorhergegangenen fieberhaften Abort oder Zystopyelitis fest und in diesen Infektionen den bakteriologischen Befund von Bacter. coli commune, Bacter. coli haemolyt. oder Bacter. acidi lactici. Dem Hautausschlag lagen von der Infektion ausgelöste Endotoxine zugrunde. Bei frischer Infektion der Harnwege trat auch an der erkrankten Hautstelle eine

neue Reaktion auf, so daß man die Erscheinung einer lokalen Anaphylaxie vor sich hatte. Diese Febris herpetica nahm im Frühling und Herbst epidemischen Charakter an, ohne daß aber eine direkte Kontagion nachgewiesen werden konnte.

J.

29) **Herpes zoster und Varizellen**, von Heim. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 50.)

Verf. stellte bei einer Patientin einen typischen Herpes zoster thorac. fest. Nach 10 Tagen erkrankte ein Kind an typischen Varizellen, ebenso ein zweites 12 Tage nach Zusammenkunft mit der Mutter. Diese Beobachtung bestätigt nach Verf. die Möglichkeit, daß der bis dahin unbekannte Infektionsstoff der Varizellen unter gewissen bisher unbekannten Umständen statt einer allgemeinen Eruption in Form eines Herpes zoster sich äußern kann, der bei weiterer Entwicklung zu einer typischen Varzellenerkrankung Veranlassung geben kann.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Parasitäre Dermatosen.

30) **Favus bei Neugeborenen**, von H. Géber. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. H. 1.)

Durch eine mit Favus behaftete Wöchnerin entsteht unter den Neugeborenen der geburtshilflichen Klinik der Universität zu Koloszvar eine Favus-epidemie, bei der innerhalb kurzer Zeit 12 Säuglinge infiziert werden. Die Inkubationszeit des Favus wurde bei dieser Gelegenheit mit 6—10 Tagen ermittelt. Die hohe Infektionsfähigkeit des Favuspilzes beruht nicht in dessen gesteigerter Virulenz, sondern in der Empfindlichkeit der zarten Haut der Neugeborenen, wie Verf. durch Experimente an mazerierter Epidermis nachweist.

Lilienstein-Hamburg.

31) **Experimentelle und klinische Studien zur Lehre der Dermatomykosen (Infektion, Prophylaxe, Immunität)**, von Kusunoki. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. H. 1.)

Zum Zustandekommen einer Pilzkrankung müssen gewisse Entwicklungsbedingungen der Pilze, wie geeignete Temperatur, eine Verletzung der Epidermis, Vorhandensein von Sekretion und Abwesenheit einer Immunität gegen diese Pilze, erfüllt sein. Deshalb besteht die individuelle Prophylaxe gegen Dermatomykosen in dem Fernhalten von Epidermisverletzungen, da die einmal in die Haut eingedrungenen Pilze nur unter Läsion der Haut eliminiert werden können. Das beste Schutzmittel gegen die Pilzinvasion ist das Vorhandensein einer Immunität. Meerschweinchen erlangen durch Überstehen einer experimentell erzeugten Pilzkrankheit sehr leicht eine Immunität gegen denselben oder verwandte Pilzstämmen, die sogar vererbt wird. Zwischen der Stärke der Immunität und der Virulenz der Pilze besteht ein weitgehender Parallelismus. Aktive Immunisierung mit abgeschwächten und abgetöteten Pilzen, „Trichophytin“ gelang nicht. Das Trichophytin gibt analog der Pirquetschen Tuberkulinprobe bei Trichophytiekranken eine deutliche lokale Reaktion, wenn es intrakutan verimpft wird, die auch mit Fieber und sonstigen Allgemeinstörungen verlaufen kann. Die Reaktion ist spezifisch, denn sie wird bei anderen Kranken und Normalen vermißt.

Lilienstein-Berlin.

32) **On necrotic tuberculides**, by J. L. Bunch. (British Journ. of Dermatology. 1912. Oktober.)

Die roten Flecke in der Nähe des Umbilicus gingen bei dem erkrankten

Knaben bald in Papeln über und hinterließen atrophische Narben. Histologisch zeigten sich neben Kongestionen der papillaren Gefäße Infiltrationen von Rundzellen in Hypodermis und Corium, Riesenzellen, aber keine Tuberkeln. Auf Rosenbachs Tuberkulin erfolgte keine Reaktion. Die zweite Patientin zeigte die bemerkenswerte Erscheinung eines Lupus erythematosus einige Zeit nach der Heilung einer tuberkulösen Hauterkrankung. J.

33) **Un caso tipico di impetigo herpetiformis gravidarum (Hebra)**, per A. de Amicis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Bei einer 32 Jahre alten Frau treten im 5. Monat der 6. Schwangerschaft heftige, zuweilen einen Tag dauernde Schmerzen im ganzen Körper auf, die von allgemeinem Unwohlsein und Fieber begleitet werden. Dann bilden sich kleine Blasen auf gerötetem Grund in der unteren Bauchgegend, in der Leiste und zwischen den Schenkeln und später auch auf den unteren Teilen der Brust. Die befallenen Teile bedecken sich weiter mit gelben, lose anhaftenden Krusten, während in ihrer Peripherie noch hirsekorngroße Pusteln mit gelblichgrünem Inhalt erhalten sind. Im 7. Monat der Schwangerschaft verschlimmert sich das Allgemeinbefinden noch. Bereits setzen Wehen ein, da tritt plötzlich der Tod ein. Die bei nicht Schwangeren beobachteten Fälle von Impetigo herpetiformis erkennt Verf. nicht an. Der Mangel von Bakterien im Blut und in den Effloreszenzen, der auch hier konstatiert wurde, läßt mehr eine Intoxikation als eine Infektion annehmen. Dreyer-Cöln.

34) **Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes**, von Veit. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 51.)

An der chirurgischen Klinik in Halle werden alle Milzbrandfälle konservativ behandelt (Mortalität 4%). Die Behandlung besteht in Verband mit Ung. cin. auf den Karbunkel, Ruhestellung und Suspension der Extremität, Stärkung des Herzens durch Herzmittel, reichlich Alkohol. Raff-Augsburg.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

35) **Cultivation of the bacillus of leprosy**, by D. H. Currie, M. S. Clegg and H. T. Hollmann. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1912. Fasc. 2.)

Aus den Geweben und Organen von Leprösen konnte nach der Cleggschen Methode ein säurefester Bacillus gezüchtet werden, welcher morphologisch dem Leprabacillus glich. Dieser säurefeste Bacillus ließ sich durch Erhitzen aus Mischkulturen in Reinkulturen isolieren. Er glich anderen Mikroorganismen der gleichen Gruppe, welche durch den Bac. margarin., Bac. smegmae und den Möllerschen Bacillus dargestellt wird, doch konnte mittels Serumprüfungen festgestellt werden, daß zwischen jenen Bazillen und dem hier isolierten Bacillus gewisse Verschiedenheiten bestanden. Das häufige Vorkommen dieses Organismus im leprösen Gewebe, seine Morphologie und Säurefestigkeit, seine Verschiedenheit von den drei genannten Bazillen der gleichen Gruppe veranlassen die Verf. zu der Annahme, daß dies der Bacillus der Lepra sei. J.

36) **Nouvelles recherches sur les inoculations de matériel lépreux dans la chambre antérieure de l'oeil des lapins**, par R. Stanziale. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. Fasc. 2.)

Während die Inokulationen von leprösem Material in die Cornea negativ verliefen, konnte Verf. mit Einimpfung von Fragmenten aus leprösen Knoten in die hintere Augenkammer von Kaninchen eine erhebliche Vermehrung der

Leprabazillen, Entwicklung granulomatöser Herde auch auf Cornea und Iris und positive Überimpfungen in der zweiten Generation von Kaninchen auf Kaninchen erzielen. In diesen letzten Fällen war die Wassermann-Reaktion positiv. J.

- 37) **Klinischer und statistischer Beitrag zur Ätiologie der Hauttuberkulose, insbesondere des Lupus vulgaris**, von E. Rupp. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 5.)

In einem sehr hohen Prozentsatze der Fälle ließ sich der Lupus vulgaris durch sorgfältige klinische und anamnestiche Nachforschungen auf eine Infektion durch menschliche Tuberkulose, und zwar vorwiegend durch Lungentuberkulose, zurückführen. Nicht nur läßt sich bei vielen Fällen eine Lungentuberkulose in der Umgebung als Infektionsquelle nachweisen, nicht selten ist sogar schon vor Auftreten des Lupus eine Erkrankung der Lungen vorhanden gewesen. Die Möglichkeit der Entstehung des Lupus oder der Tuberculosis cutis verrucosa durch den Typus bovinus konnte nur in sehr wenigen Fällen wahrscheinlich gemacht werden. Schourp-Danzig.

Syphilis.

- 38) **Über die Bedeutung des Salvarsans und Neosalvarsans bei der Behandlung der Syphilis**, von J. Almkvist. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die therapeutische Wirkung des Neosalvarsans für wenigstens so gut, wahrscheinlich noch besser als diejenige des Salvarsans. In den Fällen, welche im Primärstadium oder im frischen Sekundärstadium mit starker Salvarsan- oder kombinierter Salvarsan-Hg-Kur behandelt wurden, sah er niemals Symptome von Neurorezidiven. Die Wahrscheinlichkeit, einen frischen Fall von Syphilis durch die kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung heilen zu können, findet er wenigstens so groß wie bei der alten chronisch intermittierenden Quecksilberbehandlung.

Schourp-Danzig.

- 39) **Ist Neosalvarsan ein ebenso gutes Antisyphilitikum wie Salvarsan?** von Krefting. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 45.)

Nach Verf. scheint die Wirkung des Neosalvarsans auf die klinischen Symptome nicht hinter der des Salvarsans zurückzustehen. Die Wirkung auf die Wassermann-Reaktion dagegen scheint unsicherer zu sein. Es sollte daher dem Salvarsan nicht vorgezogen werden, jedenfalls nicht bei abortiver Syphilisbehandlung.

Lengsfeld-Brandenburg a/H.

- 40) **Über Neosalvarsan**, von Stühmer. (Münchener med. Woch. 1912. Nr. 45.)

Aus der klinischen Übereinstimmung der sogen. Salvarsanexantheme mit echten Serumexanthenen schloß Verf. auf die ursächliche Beteiligung eines Eiweißkörpers. Die Ergebnisse von Tierversuchen zeigten, daß es eine echte Anaphylaxie gegenüber solchen Stoffen gibt, worauf Verf. die Exantheme und Spättodesfälle zurückführt. Verwendung von 0,5% iger NaCl-Lösung, Verminderung der Einzeldosis, Vergrößerung des ersten Intervalls oder intramuskuläre Anwendung werden hier vorbeugend wirken können. Raff-Augsburg.

- 41) **Comment nous pensons qu'on peut et qu'on doit à l'heure actuelle employer le salvarsan**, par Brocq. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 12.)

Mit der ihm eigenen Gründlichkeit untersucht Verf. die obenstehende Frage nach etwa 1000 Injektionen. Seine Erfahrungen sind etwa folgende:

Salvarsan und Neosalvarsan sind sehr wirksam, sie müssen bei Primäraffekten zur Abortivkur, sie können mit Vorteil bei sekundärer oder tertiärer Lues angewendet werden, besonders wenn Hg oder Jodkali unwirksam bleiben oder schlecht vertragen werden. Was die Nebenwirkungen betrifft, so meint Verf., daß die Beobachtungszeit noch zu kurz sei, um ein endgültiges Urteil zu fällen, wie könne man wissen, was bei Eingesprihten die Gefäße, die Leber, das Nervensystem in Zukunft machen würden? Alle Nebenwirkungen können nicht Fehlern der Technik (Wasserfehler) zugeschrieben werden, sondern eben dem Salvarsan selber, besonders bei sehr nervösen Personen. Die Dosen des Verf.'s sind beträchtlich kleiner als die anderer Autoren, 0,005 Salvarsan und 0,0075 Neosalvarsan pro Kilogramm Körpergewicht (also im Mittel 0,3 Salvarsan). Höhere Dosen sind nach Verf. nur bei Schanker allein zur Abortivbehandlung gerechtfertigt, bei sekundären Erscheinungen nicht, weil eine Abortivbehandlung nicht möglich ist. Mit dem Chloroform darf Salvarsan, was Gefährlichkeit betrifft, nicht in Parallele gezogen werden, denn Chloroform ist ein unbedingt nötiges Mittel, Salvarsan nicht. Bezüglich der Neurorezidive erkennt Verf. ihre syphilitische Natur an, glaubt aber, daß eben das Nervensystem durch Salvarsan widerstandsunfähiger gemacht wurde. Bezüglich der tertiären Erscheinungen sei es notwendig, Salvarsan zu geben, Verf. will aber die Entscheidung darüber intelligenten Patienten selbst überlassen, und nur bei schweren Fällen mit Salvarsan vorgehen. Zuletzt beschäftigt sich Verf. mit den Patienten, die von Symptomen bloß die positive Wassermann-Reaktion zeigen. Sehr häufig, sagt Verf., wird man von Patienten konsultiert, in deren bisher ruhiges Dasein die positive Wassermann-Reaktion wie ein Blitzstrahl hineingefahren ist. Hier gibt es 3 Fälle. Wenn der Patient heiraten will, wird er — aber nicht unbedingt — mit Salvarsan behandelt, wobei es freilich schwierig genug ist, den Wassermann negativ zu bekommen. Nach 2 Jahren kann Patient heiraten. Ist aber der Patient verheiratet und möchte ein Kind haben, so ist die Behandlung ebenso; außer es war schon ein kongenital-syphilitisches Kind da, in welchem Fall beide Eheleute mit Salvarsan zu behandeln sind. Ist der Patient ledig und will nicht heiraten, so läßt sich über die Notwendigkeit einer Behandlung streiten, wenngleich es vorsichtiger ist, sie einzuleiten. Zum Schluß betont Verf. nochmals, daß die ganze Salvarsantherapie sich gegenwärtig im Stadium der Entwicklung befindet und daß noch Jahre vergehen werden, um Indikationen, Dosen, anwendungsweise festzustellen.

Raff-Augsburg.

- 42) **Über Abortivkuren mit Salvarsan**, von Freund. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 51.)

17 Fälle von Primäraffekt mit Salvarsan 0,4 intravenös, 3—4 wöchiger Hg-Kur, Salvarsan 0,4 intramuskulär behandelt. Seit 1½ Jahren keine Symptome. Wassermann negativ.

Raff-Augsburg.

- 43) **Erfahrungen mit dem Salvarsanpräparat Joha**, von H. Lindenheim. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Bei der Anwendung des Mittels ist besonders darauf zu achten, daß die Injektion den richtigen Punkt trifft und das Johadepot genau im M. glutaeus medius unterhalb der Faszie anlegt. Zu diesem Zwecke darf bei Fettansatz nicht zu flach injiziert werden. Als praktisches Instrument bewährten sich die in der Oranien-Apotheke in Berlin erhältlichen Johaspritzenröhrchen. Bei vorsichtiger Technik verliefen von 100 Injektionen alle ohne Zwischenfall. Weder Nekrosen noch Fisteln oder Abszesse, noch Peroneuslähmung kamen

vor, 6 Patienten, bei denen mäßige Infiltrate erschienen, konnten dabei unbehindert durch subjektive Beschwerden ihrer Tätigkeit nachgehen. Die reine Johawirkung, welche Verf. an einigen prägnanten Krankengeschichten nachweist, kommt derjenigen von Salvarsaninjektionen gleich in der schnellen Beeinflussung der Haut- und Schleimhautlues sowie der malignen Formen. Neurorezidive wurden mit Ausnahme eines vielleicht verdächtigen Falles nicht beobachtet. Kontraindiziert ist das Mittel bei Herzerkrankungen. Die leichte Anwendung in der ambulanten Praxis erscheint als ein Vorteil des Präparats. J.

- 44) **Note sur la fréquence de la syphilis de l'oreille interne**, par Rigaud. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 12.)

Auf über 600 Fälle von Lues aus der Praxis eines Arztes in Toulouse trafen 61, also über 10%, bei denen eine syphilitische Labyrinth-erkrankung, NB. ohne Salvarsan, festgestellt wurde. Die Erkrankung des Ohres ist also doch viel häufiger als man bisher wußte, zumal sicher bei vielen Fällen der Zusammenhang zwischen Ohr und Syphilis verkannt wurde. Auch in der Praxis von Prof. Andry kamen während fast 2 Jahren 5 Fälle von Labyrinth-erkrankung vor, von denen nur einer Salvarsan bekommen hatte. Raff-Augsburg.

- 45) **Über den Einfluß des Salvarsans auf das Gehörorgan**, von E. Rimini. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Die kurze Schilderung von 8 Fällen mit Störungen des Gehörorgans nach vorgenommenen Salvarsaninjektionen läßt erkennen, daß bei Syphilitikern mit geringsten Ohrstörungen die Salvarsananwendung nur mit größter Vorsicht geschehen darf; durch Salvarsan entsteht im Acusticus oder in seinen Endverzweigungen eine reaktive Entzündung in variierender Intensität, welche derjenigen ähnlich ist, die in einem lupösen Herde nach einer Tuberkulininjektion entsteht.

Schourp-Danzig.

- 46) **Syphilis — salvarsan — neurorécidive — neosalvarsanintoxication grave**, par Bernadot. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 12.)

Das Neurorezidiv bestand in einer Labyrinth-erkrankung, gegen welche Neosalvarsan 0,5 intravenös gegeben wurde. Daraufhin schwere Gehirn-erscheinungen, die wieder zurückgingen, doch blieb die Taubheit bestehen.

Raff-Augsburg.

- 47) **Recidive in situ d'un chancre syphilitique sous forme de syphilide chancriforme vingt jours après la fin d'un traitement par le salvarsan et le mercure. Confusion possible avec un réinfection**, par Ravaut. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 12.)

Trotz einer ausgiebigen kombinierten Behandlung ein Rezidiv in situ analog den Neurorezidiven.

Raff-Augsburg.

- 48) **Über Störungen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Zerebrospinalflüssigkeit („Neurorezidive“. Ein Salvarsantodesfall)**, von Assmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 50 u. 51.)

9 Fälle von „Neurorezidiven“ erwiesen sich bei genauer Untersuchung, insbesondere der Zerebrospinalflüssigkeit, alsluetische Krankheitsprozesse. Ob ein gleichfalls genau mitgeteilter Todesfall dem Salvarsan zuzuschreiben ist, läßt Verf. offen.

Lengsfeld-Brandenburg a/H.

- 49) **Über epileptiforme Anfälle nach Salvarsan**, von F. Lube. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Januar.)

Am 7. Tage nach dem Beginn der Behandlung mit Salvarsan und am 5. Tage nach der Einspritzung traten bei einer 16jährigen Patientin unter

mäßigem Anstieg der Temperatur schwere Bewußtlosigkeit und heftige Krämpfe der ganzen Körpermuskulatur auf. Unter fortschreitender Verschlimmerung des Krankheitsbildes trat 2 Tage später der Tod ein. Bei der Sektion fand sich ein starkes Ödem der weichen Häute des Gehirns und Rückenmarks. Die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von epileptiformen Anfällen nach intravenösen Salvarsaninjektionen stimmen untereinander und mit diesem Falle in allen wesentlichen klinischen und anatomischen Kriterien so überein, daß man von einem typischen Krankheitsbilde und einem typischen Sektionsbefunde sprechen kann.

Immerwahr-Berlin.

- 50) **Schwere Arsenikvergiftung nach Salvarsaninfusion**, von Eichler. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 52.)

Zwei Salvarsaninjektionen von 0,4 und 0,5 mit 8 Tagen Intervall. Nach der zweiten ein schweres Krankheitsbild: zahlreiche Stühle, unstillbares Erbrechen, scharlachähnliches Exanthem, schwere Nephritis, Gehirnerscheinungen. Obwohl die Sache sehr kritisch aussah, war der Pat. in 3 Wochen hergestellt. Wasserfehler ausgeschlossen. Verf. führt den Fall auf Kumulation des Arsens zurück und betrachtet ihn als Arsenvergiftung. Zudem hatte sich Pat. schon vor der Injektion unwohl gefühlt. Der Schlußfolgerung des Verf., man möge Injektionen nur im Krankenhause machen, kann sich Ref. nicht anschließen, möchte vielmehr für längere Pausen zwischen den Injektionen (mindestens 14 Tage) eventuell Dosen von 0,4 plädieren.

Raff-Augsburg.

- 51) **Einige Bemerkungen zur Frage nach den Ursachen der Neurorezidive nach Salvarsaninjektionen**, von Cronquist. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 45.)

Verf. verweist auf die merkwürdige Tatsache, daß Neurorezidive sich an manchen Kliniken besonders häufig ereignen. Er meint, daß sie vielleicht auf folgendes zurückzuführen seien: Salvarsan ist leicht oxydierbar und muß sofort eingespritzt werden. An vielen Kliniken wird nun bei vielen Einspritzungen hintereinander die ganze Masse auf einmal zubereitet, und bei den letzten Einspritzungen ist natürlich die Gefahr der Oxydation des Salvarsans größer (Ref. kann diese Ansicht nicht teilen; er hat stets jede Lösung einzeln zubereitet und doch Neurorezidive gesehen). Ein Neurorezidiv hat auch Verf. beobachtet. Aber er meint, es gibt noch einen anderen Fehler bei der Herstellung der Lösung, das Schütteln des Salvarsans mit dem Lösungsmittel, das von Hata widerraten, von Schreiber u. a. aber empfohlen wird, da sonst die Auflösung zu schwierig ist. Mit besonderer Freude begrüßt Verf. deshalb das so leicht lösliche Neosalvarsan, das freilich auch noch leichter oxydierbar ist. (Ob nicht dieser Nachteil die Vorteile aufwiegt? Ref.) Raff-Augsburg.

- 52) **Die Kultur der Spirochaete pallida und ihre experimentelle Verwertung**, von Sawade. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Zur Züchtung der Spirochäten gehen fast alle Autoren von dem von Schereschewsky angegebenen Pferdeserum-Nährboden aus, in den nach geeigneter Präparierung syphilitische Produkte versenkt werden. Doch wurden dabei nur Mischkulturen gewonnen, die sich allerdings in beliebigen Generationen weiterzüchten ließen. Verf. hat dann die Pallidazüchtung zu diagnostischen Zwecken benutzt in Fällen, in denen die üblichen Methoden des Spirochätennachweises nicht gelangen. So konnte er aus tertiär-luetischen Veränderungen in 5 Fällen Spirochätenkulturen anlegen. Die Reinzüchtung der Spirochäten stößt noch auf große Schwierigkeiten, da ein Nährboden, auf dem allein die Pallida fortkommt, noch nicht gefunden ist. So muß man von der Mischkultur

ausgehen und die Pallida möglichst von ihren Begleitbakterien zu isolieren suchen. Von den verschiedensten Autoren sind die verschiedensten Methoden eronnen worden, die in dem einen oder anderen Falle zum Ziel führen. Verf. bedient sich zur Abtötung der Keime 70%igen Alkohols, der zwar den verflüssigten Impfkanal sterilisiert, die Pallida aber nicht erreichen kann, da dieselbe die Tendenz zum Tiefenwachstum besitzt. Sie findet sich dann massenhaft in der Tiefe der Pferdeserumsäule und läßt sich leicht weiterimpfen. Schließlich ist dem Verf. auch die Übertragbarkeit der Kulturspirochäte auf das Tier in 10 Fällen gelungen. Er hat sich dabei meist der intrakardialen Einverleibungsmethode bedient und konnte dadurch luetische Allgemeinerscheinungen hervorrufen, in deren Produkten wiederum Spirochaetae pallidae nachweisbar waren. Wenn es sich bei diesen Impfversuchen bisher auch nur um die Verwendung von Mischkulturen gehandelt hat, so ist doch hierdurch der endgültige Beweis der ätiologischen Beziehung der Spirochaeta pallida zur Syphilis als erbracht anzusehen.

Lilienstein-Hamburg.

- 53) **The life-cycle of the organism of syphilis**, by J. E. R. Mc Donagh. (British med. Journal. 1912. November.)

Die lange Inkubationszeit, sowie die scheinbare Heilung und spätere Rezidive, selbst wenn nach Salvarsan keine Spirochäten mehr zu finden waren, schreibt Verf. dem eigentümlichen Kreislauf zu, den die Syphiliserreger eingehen. Es besteht im Anfang eine sporozoische infektiöse Granula, welche in eine mononukleäre Leukozytenzelle tritt, sich dort entweder zur Spirochäte vergrößert oder eine Teilung durchmacht. Der weibliche Teil verläßt die Zelle und nimmt Birnenform an, der männliche bildet eine Rolle, an deren Basis sich charakteristische gertenförmige Körperchen zeigen. Die Rolle zerstört das Zellprotoplasma und dehnt sich zur spindelförmigen Spirochäte. Es findet eine Befruchtung statt, aus welcher ein Zygot hervorgeht. Aus diesem entwickeln sich Sporoblasten, dann Sporozoiden, welche einen neuen sexuellen Kreislauf beginnen. Verf. folgert aus seinen Untersuchungen, deren Technik an der Hand von Illustrationen beschrieben wird, daß viel mehr die sporozoiden Körperchen als die vollentwickelte Spirochäte die syphilitische Infektion bewirken, da sich diese kleinen Organismen auch nach Salvarsaninjektion noch auffinden lassen und ein späteres Rezidiv erklären.

J.

- 54) **Die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Syphilis**, von Marcus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Ausgehend von der Tatsache, „daß der Wassermann-Reaktion in der Spinalflüssigkeit eine lokaldiagnostische Bedeutung zukommt“, hat Verf. systematische Untersuchungen des Liquors an mit verschiedenen Mitteln behandelten Syphiliskranken aller Stadien vorgenommen. Außer der Wassermann-Reaktion kamen auch die übrigen Untersuchungsmethoden des Liquors zur Anwendung. Der Druck im Duralraum wurde gemessen, die Leukozyten gezählt, das Globulin nach Nonne und das Gesamteiweiß nach Brandberg bestimmt. Die Untersuchungen führten zu dem Resultat, daß die metasymphilitischen Erkrankungen eine deutliche positive Reaktion des Liquors ergaben. In Fällen unklarer Ätiologie der Nervensymptome wurde die Diagnose durch den positiven Befund des Liquors sichergestellt. In einem Fall, dessen Infektion erst $\frac{1}{2}$ Jahr zurücklag, wurde auf Grund des positiven Ausfalls der Wassermann-Reaktion des Liquors die Diagnose auf luetische Erkrankung des Zentralnervensystems gestellt. Nach einem Monat erst konnte die Diagnose durch Auftreten einer Hemiparese bestätigt werden. In diesem Fall hat die Untersuchung des

Liquors sogar eine prognostische Bedeutung. Ein Fall, der bisher gar keine Symptome von seiten des Nervensystems darbot, zeigte ebenfalls eine positive Wassermann-Reaktion des Lumbalpunktats. Die übrigen Untersuchungsmethoden des Liquors ergaben wohl meist der Wassermann-Reaktion gleichsinnige Resultate, doch ist zu berücksichtigen, daß Jodkali den Druck im Duralraum erhöht und Eiterungsprozesse oder akute Infektionskrankheiten eine Pleozytose im Liquor herbeiführen können. Lillenstein-Hamburg.

55) **Über die Entstehung des Leucoderma syphiliticum**, von Géber. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Das Leukoderm entwickelt sich im Anschluß an vorausgegangeneluetische Erscheinungen, und zwar findet sich als primäre Veränderung in der Subcutis eine Phlebitis und Periphlebitis, die bis an die Cutis reicht. Durch diese längere Zeit bestehende Entzündung werden die Epidermiszellen so geschädigt, daß sie die Fähigkeit, Pigment zu produzieren, einbüßen. Zu dieser verminderten Neuproduktion von Pigment gesellt sich ein Pigmentverlust durch Verhornung und Abschuppung der pigmenthaltigen Basalzellen, wodurch eine sich klinisch als Leukoderm markierende Lücke entsteht. Die Rückbildung der primären Phlebitis geht viel schneller vor sich als die Pigmentregeneration, wodurch die negativen Resultate mancher Untersucher und die Anschauung von der primären Entstehung des Leukoderms ihre Erklärung finden.

Lillenstein-Hamburg.

56) **Zur Kenntnis des Ehrmannschen Luesphänomens**, von Schmidt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Bericht über einen Fall von frischer Lues, der das Ehrmannsche Phänomen darbot, bestehend aus über das Hautniveau erhobenen, zyanotischen, baumartig verzweigten Flecken von Pfenniggröße, die im Gesicht, an den Seitenteilen des Stammes und an den Streckseiten der oberen Extremitäten lokalisiert waren. Als Ursache wurde histologisch eine Endo- und Periphlebitis mit sekundärer Stauung festgestellt im Gegensatz zu Ehrmann, der die Intima der Arterien gewuchert fand.

Lillenstein-Hamburg.

57) **Sur l'histomikrobiologie des néphrites syphilitiques**, par Le Play. (Gaz. des hôpitaux. 1912. Nr. 145.)

Nach den Untersuchungen des Verf.'s weisen die Harnzylinder bei nicht syphilitischen Nierenentzündungen, mit Silber imprägniert, häufig spiralige Fäden auf, welche vielfach den Treponemen gleichen, während andere stärkere als Degenerationsformen angesprochen werden können. Verf. unterscheidet ausdrücklich diese Bildungen von Treponema pallidum und bestätigt die Authentizität dieses, wie es in den Harnkanälchen syphilitischer Nieren bei Erwachsenen als Fund beschrieben worden ist. Diese zu Irrtümern Anlaß gebenden Gebilde finden sich weder in der Leber noch den Nebennieren, noch den Gefäßen.

Paul Cohn-Berlin.

58) **Un cas de syphilis vésicale et urétrale**, par Picot. (Journ. d'Urologie. 1912. S. 693.)

53jähriger Briefträger, hereditär nicht belastet, angeblich nie geschlechtskrank. Seit 1904 Zystitis; 1906 Blasenstein zertrümmert, Zystitis ungebessert; 1907 Diarrhoe und Abgang von Urin durch den Mastdarm; 1908 zweite Lithotripsie, wiederum ohne Erfolg; Pat. muß beim Harnen ein Gefäß unters Glied und ein Gefäß unter den After halten. 1911 Aufnahme im Hôpital Necker. Status Februar 1911: Im allgemeinen gesunder Mann. Harn enthält Eiter und Fäkalien, wird im Stehen fast ganz durch den After, im Liegen

halb durch die Harnröhre entleert; Pneumaturie. Genitalien, Prostata normal. In der Harnröhre im Bulbus eine durch harte, weiße Wülste gebildete Verengerung. In der Blase, welche oft nach mehreren vergeblichen Versuchen exakt besichtigt werden kann, schließlich aber doch die eingespritzte Flüssigkeit hält, sklerogummöse Wülste, Ulcera, Leukoplakien, Knötchen, in der Hinterwand eine zackig begrenzte kleine Rektalfistel. Jetzt erst, auf Grund der (lediglich durch die Illustrationen verständlichen) Eigenart der Blasenveränderungen, vermutet man Lues; der Wassermann ist positiv; Injektionen von Hydrargyr. bijod., später von Arsenobenzol beseitigen zum größten Teil die Affektionen der Blase und verkleinern die Fistel; eine völlige Heilung wurde durch die vorzeitige Abreise verhindert. Die Zystolithiasis, welche dem übrigen Krankheitsbild fremd ist, hält Verf. für eine sekundäre Folge der Harnzersetzung; könnten es nicht auch Kotsteine gewesen sein? (Ref.)

Goldberg-Cöln-Wildungen.

- 59) **Zwei Fälle von Phlebitis und Periphlebitis syphilitica faciei. Ein klinischer und histologischer Beitrag**, von W. Friboes. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Februar.)

Mitteilung zweier einschlägiger Fälle. Histologisch handelt es sich um Tumorbildungen, und zwar sind diese aufgebaut aus einer Anzahl rundlicher oder anders gestalteter Einzelherde, welche aus epitheloiden blassen und kleinzelligen dunkel gefärbten mononukleären Zellen bestehen. Immerwahr-Berlin.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 60) **Prostatite aigue chez un prostatectomisé**, par Marion. (Journ. d'Urologie. 1912. S. 783.)

Daß ein 64jähriger Mann, dem 3 Jahre zuvor die Prostata exstirpiert worden war, eine akute Prostatitis durchmacht, dürfte wohl bis jetzt als Unikum gelten.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

- 61) **Durée de l'évolution de la tuberculose rénale non opérée et causes de la mort**, par Rafin. (Journ. d'Urologie. 1912. S. 517.)

Von 168 nicht operierten, an Nierentuberkulose leidenden Patienten starben 29 in den ersten 2 Jahren der Krankheit, 30 im 3.—5. Jahr, 27 im 5.—10. Jahr. Es überlebten das 2. Jahr 18, das 2.—5. Jahr 19, länger als 5 Jahre 40, von letzteren 28 dabei erwerbsunfähig. Ein Einfluß des Alters, etwa eine größere Benignität der Nierentuberkulose bei Kindern, war nicht ersichtlich; dagegen bedeutet auch nach des Verf.'s Statistik für die Männer die Nierentuberkulose eine viel dringendere Lebensgefahr als für die Frauen. Da die Nierentuberkulose, wenn sie beginnt Beschwerden zu verursachen, gewöhnlich schon eine Zeitlang besteht, muß man für die wirkliche Dauer der Krankheit noch etwas größere Zahlen nehmen. In den seltenen Fällen 10—20 jähriger Dauer handelt es sich entweder um einen ausnahmsweise schleichenden Verlauf oder um Scheinheilung infolge von Selbstverschluß der kranken Niere.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

- 62) **Existe-t-il un prostatisme vésical? des prostatiques sans prostate?** par Marion. (Journ. d'Urologie. 1912. Oktober.)

Verf. glaubt, daß Harnverhaltungen von der Art der bei Prostatahypertrophie beobachteten ohne Veränderungen an der Prostata nicht vorkommen. Entweder man hat diese Veränderungen übersehen, weil man nicht kystoskopiert hatte; Elevationen des Blasenhalsses, Mittellappen, welche ventilartig die Öffnung verschließen, kleine subzervikale Adenome sind palpatorisch

nicht zu erkennen, werden aber trotz ihrer Kleinheit mechanisch oder reflektorisch Ursache von Harnverhaltung. Oder es ist auch post operationem keinerlei Hypertrophie feststellbar, nichtsdestoweniger ist durch Exstirpation des Blasenhalbes und eines Teiles der Harnröhre die Harnverhaltung geheilt worden. Endlich gehen als „Prostatiker ohne Prostata“ Tabetiker, deren erstes und einziges Symptom Harnverhaltung ist. Wenn Verf. den Rat gibt, auch die Patienten der zweiten Gruppe, d. h. ohne jede Veränderung der Prostata, zu prostatektomieren, so muß man doch fragen, wie er dieselben von Patienten mit monosymptomatischen Vesikalparalysen anderer Ursache unterscheiden will. Zudem berichtet er selbst eine analoge Prostatektomie Alberrans, die ohne jeden Erfolg blieb.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

63) **Toxicité générale des extraits de prostate hypertrophiée**, par Leguen et Gaillardot. (Journ. d'Urologie. 1912. S. 1.)

Die Verf. haben 26 Versuche an Hunden angestellt, um über die Toxizität normaler und hypertrophischer Prostata Aufschlüsse zu erhalten. Sie spritzten Hunden und Hündinnen das Filtrat eines Mazerationsextraktes ins Blut, und zwar 12mal von hypertrophischer Prostata des Menschen, 2mal von hypertrophischer Prostata des Hundes, 10mal von normaler Prostata des Hundes, 2mal von normaler Prostata des Pferdes. Es ergab sich, daß für den Hund die gesunde Prostata des Hundes wenig, die hypertrophische des Menschen (10 Versuche) und des Hundes (2 Versuche) dagegen hochgradig toxisch ist; Dosen von 0,5—1,0 g pro Kilogramm wirkten in 5 von 12 Fällen tödlich. Bei den überlebenden sind Blutdrucksenkung und Atmungsstörung die unmittelbaren Folgen der Einspritzung.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

IV. Bibliographie.

E. Jacobi, Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluß der wichtigsten venerischen Erkrankungen. (5. Aufl. 2 Bände. Berlin u. Wien, Urban & Schwartzberg, 1913. 45 Mk.) — Mit berechtigtem Stolz kann der Verf. auf sein Werk zurückblicken. In noch nicht 10 Jahren erscheint der Atlas jetzt in 5. Auflage. Es ist dies sicher der beste Beweis für die Vortrefflichkeit des Werkes, welches mit jeder Auflage immer größere Fortschritte gezeigt hat. War doch Jacobi der erste, welcher die technischen Errungenschaften des damals ganz neuen Vierfarbendruckes in den Dienst der Wissenschaft stellte und zum erstenmal statt der bisher allein möglichen Flachvorlagen die plastischen Vorlagen (Moulagen) zur Reproduktion verwandte. Kein Wunder, wenn hierdurch alle Feinheiten und Schärfen des Modells mit größter Deutlichkeit herauskamen. Auch in der neuen Auflage sind alle Vorzüge dieser Methode auf das Schönste zu konstatieren. Dazu tritt eine erhebliche Vermehrung, statt der früheren 243 farbigen Abbildungen auf 132 Tafeln finden wir jetzt 266 farbige Abbildungen auf 161 Tafeln. Diese neuen Abbildungen sind besonders einigen selteneren Erkrankungen zugute gekommen, wie Sporotrichosis, Hydroa vacciniformis usw., die ja der Praktiker nur an der Hand lebenswahrer Abbildungen erkennen kann. Daher kann Verf. sicher sein, daß auch die neue Auflage sich zu den alten Freunden viele neue erwerben wird.

J.

A. Brauer, Über die Serodiagnose der Syphilis, ihr Wesen, ihre Technik und ihre praktische Bedeutung. (Halle, C. Marhold, 1912. 1,20 Mk.) — Wir besitzen schon eine Anzahl vorzüglicher Monographien über die Wassermannsche Reaktion. Dies neue Heftchen unterscheidet sich von den anderen dadurch, daß es hauptsächlich den Bedürfnissen des praktischen Arztes Rechnung trägt. Die Entwicklung der Theorie der Reaktion ist sehr klar, ebenso die kurze Anweisung der Technik. Den Schluß bildet eine Zusammenfassung über die Bedeutung der Reaktion in der ärztlichen Praxis. Wer sich also in kurzer und klarer Weise über die erwähnten Fragen unterrichten lassen will, dem sei das Heftchen bestens empfohlen.

C. Siebert-Charlottenburg.

V. Therapeutische Notizen.

Combustio:

- 1) Rez. Novojodin. 10,0
Tricarbin. 30,0
Vaselin. ad 100,0
M. f. pasta.

J.

Eczema manuum et pedum:

- 2) Rez. Liantral.
Benzol. ana 1,0—3,0
Spirit. abs. ad 100,0
(Veiel.)

J.

Psoriasis:

- 3) Rez. Pic. liquid. oder Ol. Rusci 20,0
Schleichsche Marmorseife 200,0
(M. Oppenheim, Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1912. H. 9.)

J.

VI. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Januar 1913.

Arndt stellt einen klassischen Fall von *Acanthosis nigricans* vor, der Affektion, die von Darier 1893 als *Dystrophie papillaire pigmentaire* genau beschrieben wurde; am stärksten sind befallenen Nackenhaut, Genitalien und After; charakteristisch sind die Risse und Furchen an der Zunge, zwischen den hypertrophischen Papillen, dann die körnige Beschaffenheit der Wangenschleimhaut und des Lippenrotes; es finden sich ferner an der Haut kleine ungefärbte Fibromata mollusca, heftiges Jucken; die übriggebliebenen Haare sind trocken und brüchig. Pathologisch-anatomisch fällt auf die mächtige Wucherung des Papillarkörpers, die Hyperplasie des Epithels, die starke Vermehrung des Pigments in der Basalzellschicht. Meist findet sich bei der Affektion ein malignes Neoplasma der Unterleibsorgane, hier ist ein solches nicht nachzuweisen, doch spricht für das Vorhandensein die Tatsache, daß der Patient in kurzer Zeit 30 Pfund abgenommen hat. Die Prognose ist schlecht, eine Therapie nur möglich, wenn sich ein Neoplasma entfernen läßt.

Zürn demonstriert zwei Patienten mit *Acrodermatitis chronica atrophicans*; der eine ist Telegraphenbeamter, der zweite Schneider, bei beiden kommt ätiologisch die andauernde Spannung der Hand und die dadurch bedingte Schädigung der Gewebe in Frage.

Jaffe stellt eine Patientin mit *Pemphigus foliaceus* und *Atrophia maculosa cutis* vor, letztere ist an der Schulter, den Oberarmen, Achselfalten usw. lokalisiert und zeigt sich als sackartige Hervorstülpungen der normal gefärbten Haut, durch welche sich Lücken im Gewebe durchfühlen lassen.

L. Pick und Pinkus sprechen über *Haarwanderungen im menschlichen Organismus*. Pick fand bei der Sektion einer an Lungentuberkulose eingegangenen Patientin das ganze Zellgewebe im vorderen Mediastinum von 10—15 cm langen Haaren durchsetzt, dieselben fanden sich auch um die Trachea und den Oesophagus herum, ein Bündel ferner auf der Oberfläche des linken Ventrikels; die Haare waren fest ins Gewebe eingeeilt. Eine Dermoidzyste, aus der dieselben hätten stammen können, wurde nicht gefunden, sie mußten also von außen in den Organismus eingeführt sein, ein Vorkommen, das bis jetzt nicht beobachtet worden ist, da Fremdkörper, wenn sie aus dem Oesophagus, durch welchen sie meist in den Körper hineingelangen, in die Gewebe eindringen sollen, spitz und etwas fest sein müssen. Die obduzierte Frau war Haararbeiterin, hatte wahrscheinlich bei der Arbeit Haare in den Mund genommen und verschluckt, durch die Oesophagusschleimhaut waren sie dann in das Gewebe eingedrungen.

Pinkus hat einen Teil der gefundenen Haare untersucht, die meisten enthielten

luftleeres Mark und auf der Oberfläche Farbstoffe, sie waren also bearbeitet und präpariert, stammten also nicht vom Kopfe der Patientin, was für die oben ausgesprochene Annahme spricht.

Sitzung vom 11. Februar 1913.

Blaschko berichtet über eine mehrfach von ihm beobachtete Dermatoze, die er 1889 zuerst beschrieben und follikuläres Ekzem genannt hat; die Erkrankung beginnt mit follikulären Stippchen, die in der Mitte konfluieren und mit einer zentralen glatten Schuppe abheilen, während in der Peripherie neue Effloreszenzen auftreten; es scheint sich um eine Mykose zu handeln; unter geeigneter Therapie kann in 8—10 Tagen Abheilung eintreten.

Löhe demonstriert einen 37jährigen Maurer mit *Acrodermatitis chronica atrophicans* an allen Extremitäten; auffallend ist das starke Ödem an den Händen, die sich in Greifenstellung befinden; die mikroskopischen Präparate zeigen starke Atrophie aller Elemente, sowie Endophlebitis und Periphlebitis obliterans.

Heller stellt einen Patienten mit einer chronischen Dermatoze vor, die sich am Kopf, Gesicht, vereinzelt auch am Skrotum lokalisiert hat; es handelt sich um pustulöse Effloreszenzen an den Follikeln, die die Haare, besonders an den Schläfen, zum Teil zerstört haben; es dürfte sich um das sogen. *Ulerythema sycosiforme* handeln.

G. Fritsch spricht über die Besonderheiten des Haupthaars der menschlichen Rassen und seine Bildungsstätten. Für die Entstehung der Haare ist zunächst der Grundsatz zu stabilisieren, daß kein Haar ohne Papille denkbar ist; die Hautpapillen, von denen das Haarwachstum ausgeht, haben eine besondere Ernährung; durch Wucherung und Verhornung der Epithelien entstehen die Haarfasern, die den Bulbus pili bilden; diese Haarfasern sind das Prosenchym des Haares; das Mark besteht ebenfalls aus Epithelien, ist jedoch diskontinuierlich, weil der Druck nicht gleichmäßig ist. Zwischen Bulbus pili und Papille befindet sich konstant ein Lymphraum, es findet ein lebhafter Säfteaustausch zwischen dem Haar und seiner Unterlage statt, die Pigmentzellen wandern durch den Lymphraum in das Haar über. Durch eine große Anzahl mikroskopischer Bilder, die außerordentlich instruktiv und interessant sind, illustriert Vortr. seine Ausführungen am Projektionsapparat. Aus den verschiedenen Gruppierungen der Haare kann man unter Umständen die einzelnen Rassen unterscheiden: Haare von Europäerinnen zeigen eine sehr verschiedene und unregelmäßige Gruppierung, ähnlich solche von einem Indier, dagegen finden sich auf Schnitten von der Kopfhaut eines Arabers die Haare meist zu zweien gruppiert, ähnlich sind die Gruppierungen bei einem Berber. Dagegen sieht man bei einem Abessinier eine stärkere Gruppierung und ein ähnliches Bild zeigt das Präparat von einem Hottentotten. Andere Bilder zeigen Unterschiede in der Entwicklung der Haare bei verschiedenen Rassen: so sieht man bei Durchschnitten von Afrikanern stark gekrümmte Haarscheiden und Haare, ebenso bei den Südseeinsulanern, bei denen die Papillen vielfach abgebogen und die Haare spiralig in die Höhe steigen, bei den Chinesen sind die Scheiden dagegen meist gerade. Paul Cohn-Berlin.

VII. Vermischtes.

Es wird unsere Leser gewiss interessieren, daß in Springers Verlag ein Zentralblatt für Gewerbehygiene zu erscheinen beginnt. Gerade in unserem Spezialfache kommen Hauterkrankungen, welche in Beziehung zu den gewerblichen Betrieben stehen, nicht selten vor. Die Namen der Mitarbeiter und Schriftleiter bürgen dafür, daß die neue Zeitschrift ihr Programm voll erfüllen wird.

J.

VIII. Personalien.

Privatdozent Dr. Bruno Bloch in Basel ist zum a. o. Professor ernannt. In Wien starb der bekannte Dermatologe Prof. Ed. Schiff.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTMIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer.

Preis des Jahrganges 12 Mark.

Zu beziehen durch alle

Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung

VEIT & COMP. in Leipzig.

1913.

Mai.

Nr. 8.

Inhalt. I. Originalmitteilung. Erfahrungen bei der Behandlung der Mikrosporie, von Dr. Franz Fischer.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Über eine eigentümliche Mißbildung der Gesichtshaut und der Augenlider, von Fr. Schnabl. 2) Über Thiosinaminvergiftung, von T. Ijiri. 3) Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums, von Splethoff. 4) Über die diätetische Beeinflussung der Hautkrankheiten, von Hübner. 5) Experimentelle Untersuchungen zur biologischen Strahlenwirkung, von H. Meyer und H. Ritter. 6) Über Protargolersatz, von O. Junghanns. 7) Das Verhalten der Körper- und Gewebetemperatur des Menschen bei der Thermopenetration (Diathermie), von A. Fürstenberg und K. Schemel. — Entzündliche Dermatosen. 8) Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Lichen nitidus, von Bachrach. 9) Un cas d'érythème infiltré à plaques géantes, par Schmitt et Hanns. 10) Contribution à l'étude du soi-disant „eczema marginatum“ de Hebra, par Nicolau. 11) Über die infektiösen Entzündungserreger der Psoriasis vulgaris, von Serkowski und Wisniewski. 12) Die Histologie und Pathogenese der Psoriasis, von P. Haslund. 13) Arsenobenzol et hémoptysie. — psoriasis et tuberculose, par Audry. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 14) Ein Fall von generalisierter, kongenitaler Hyperkeratose, von J. Brault. 15) Über eine besondere Form des hereditären Keratoms (Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare), von Brauer. 16) Adipose douloureuse avec asthénie, par Claude et Sézary. 17) Infiltrations graisseuses multiples de l'hypoderme chez un nourrisson de trois mois, par Triboulet, Ribadeau-Dumas et Debré. 18) Über Erbllichkeit des Atheroms, von Schneider. 19) Rodent ulcer of the back in a boy of twelve, by J. H. Sequeira. 20) Zur Klinik und Pathologie des metastatischen Krebses der Haut, im besonderen des Hautnervenapparates, von Askanazy. — Neuritische Dermatosen. 21) Scleroderme en bande du front, par Danel. 22) Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade (pélade et ménopause), par Sabouraud. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 23) Über Fettantikörper und ihre Bedeutung (mit besonderer Berücksichtigung der Lepra), von H. Much. 24) L'antileprol nella cura della lepra, per A. Serra. 25) Über die Kultivierbarkeit des Lepraerregers und die Übertragung der Lepra auf Affen, von J. Reenstjerna. 26) L'angio-lupoide, par Brocq et Pautrier. 27) Boecksches Sarkoid bei ausgedehnter Allgemeintuberkulose, von G. Stümpke. 28) Ein Fall von Lupus vegetans exulcerans, von Kozerski. — Gonorrhoe. 29) Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhoe eines akzessorischen Ganges am Penis, von J. T. Lenartowicz. 30) Über die Ursachen und die Behandlung des Ausflusses aus dem weiblichen Genitale, von S. Gottschalk. 31) Die Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhoe, von L. Lillenthal und J. Cohn. 32) Conjunctivitis gonorrhoeica metastatica, von E. Hoffmann. 33) Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoeischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvakzine Menzer, von Ph. Erlacher. 34) Über die Sensibilität der spitzen Kondylome, von A. Fontana. 35) Des complications de la blennorrhagie, otite moyenne gonococcique, par I. Pstrokonski. 36) Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par le néosalvarsan, par Janet et Lévy-Bling. 37) Unsere Erfahrungen mit Hexal, von Kowanitz. 38) Die therapeutische und diagnostische Bedeutung der Vakzination bei Gonorrhoe des Mannes, von H. Müller. —

Venerische Helkosen. 39) Sulle ulceri veneree extragenitali e genitali, per de Napoli. — Syphilis. 40) Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle, von W. Wechselmann. 41) Ein Todesfall nach Neosalvarsaninfusion, von Busse und Merian. 42) Zwei Fälle von Neosalvarsanvergiftung, von Wahle. 43) Syphilis — salvarsan — intoxication — mort, par Bernadot. 44) Polyneurite sensitivo-motrice avec troubles psychiques à la suite d'une injection intraveineuse de salvarsan, par Abadie, Petges et Desqueyroux. 45) Zur Kenntnis der Neosalvarsanwirkung bei Keratitis parenchymatosa, von Hoehl. 46) Sur la signification de la fièvre consécutive à une première injection de salvarsan, par Jeanselme et Jacquet. 47) Zur Kasuistik der Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan, von A. Wolff und P. Mulzer. 48) Kasuistische Beiträge und Vergleiche zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Jodo- und intravenösen Salvarsaninjektionen, von C. Schindler. 49) Du traitement des femmes syphilitiques enceintes par le salvarsan, par Jeanselme, Vernee et Bloch. 50) Dauererfolge der Salvarsan-Abortivkuren der Jahre 1910—1911, von H. Müller. 51) Einige Worte über Lungenlues infolge eines mit Salvarsan behandelten Falles, von Ziembicki. 52) Über die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan, von Leredde. 53) Traitement de la syphilis par de nouveaux dérivés arsenicaux, par Beurmann, Bonneyrat et Tanon. 54) Actions des combinaisons arseno-aromatiques (606 et néosalvarsan) sur l'hémoglobine du sang, par Halimies. 55) Eine neue Methode der Salvarsananwendung, von Sterling und Jermutowicz. 56) Salvarsan und Nervensystem, von E. Mattauschek. 57) Zur Technik der Salvarsantherapie, von K. Finckh. 58) Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder, von Marie Holth. 59) Kombinierte (Salvarsan-Quecksilber-)Behandlung der Lues, von Gustav Stülpke. 60) Salvarsan-ikterus, von H. Vogt. 61) 7 Fälle von Reinfectio syphilitica und Betrachtungen über schwere Salvarsanintoxikationen, von Antoni. 62) Über den therapeutischen Wert des Salvarsans, von Trzeński. 63) Sur l'interprétation des lois de l'hérédosyphilis, von Carle. 64) Traitement de la syphilis par les injections endoveineuses d'énésol, par M. Agamemnone. 65) Anfänge der Syphilisbeobachtung und Syphilisprophylaxe zu Frankfurt a/M. 1496—1502, von K. Sudhoff. 66) Welche Bedeutung hat der „Mal franco“ in Italien in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts für die Ansicht vom amerikanischen Ursprung der Syphilis, von P. Richter. 67) Sulla cura del sifiloma iniziale, per E. Bizzozero. 68) Über die Wirkung von intravenösen Infusionen von Auum, Kal. cyanat. (Merck) bei äußerer Tuberkulose und Lues, von Brack und Glück. 69) Zur Bewertung der internen Hg-Darreichung, von Polland. 70) Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), einem molekular zerstäubten Quecksilber, von Klausner. 71) Die syphilitische Aortenerkrankung, von Oberndorfer. 72) Über eine seltene Form von sekundärer Lues (Syphilis cutanea verrucosa), von Demjanowitsch. 73) Zur Infektiosität der latenten Lues, von M. Müller. 74) Zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion und Vermeidung divergenter Resultate, von Fr. Lesser. 75) Die paradoxe Wassermann-Reaktion, von Torday. 76) Über die Behandlung der Lues des Nervensystems, von Krainskij. 77) Syphilis broncho-pulmonaire confondue avec un cancer médiastin, par Bensande et Emery. 78) Über die Wirkung des atoxylsauren Quecksilbers bei der menschlichen Syphilis, von G. Hügel. 79) Über den Nachweis von Syphilisspirochäten in der Hirnrinde bei Dementia durch Noguchi, von Erich Hoffmann. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 80) Kapseln für permanente Blasen fisteln und zur Nachbehandlung von Prostektomierten, von E. Wessldlo. 81) La cystoradiographie, par Leguen, Papin et Maingot. 82) Ein Fall von Orchitis et epididymitis parotidea bei einem Säugling, von L. Manasse. 83) Des troubles vésicaux dans le cancer du col de l'utérus, par Hartmann. 84) Zur Behandlung der paroxysmalen Hämoglobinurie, von J. Pringsheim. 85) Pollakiurie symptomatique d'étrécissement congénital du méat urétral chez un adulte, par Ducastaing. 86) Incontinence nocturne d'urine d'origine gastrohépatique, par Collin. 87) I. Sur un cas de mort par embolie gazeuse à la suite d'une injection d'air dans la vessie, par Nicolich. II. Un cas de mort par embolie gazeuse au cours d'une prostatectomie, par Marion. 88) Ulcère simple perforant de la vessie, par Lefèvre. 89) Ein Fall von Prolaps des Ureters in die Harnblase, von Zdanowicz. 90) Eine besondere sexuelle Neurasthenie in reiferem Alter, von C. Hudovernig. 91) Über Alkalibehandlung der Albuminurien, von W. Weiland.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes.

I. Originalmitteilung.

Erfahrungen bei der Behandlung der Mikrosporie.

Von Dr. Franz Fischer in Düsseldorf.

Im Laufe des vorigen Jahres hatte ich Gelegenheit, in der Sammelstation für Fürsorgekinder in Heerdt-Düsseldorf eine Epidemie von Mikrosporie zu beobachten, über deren Verlauf ich berichten möchte.

Annähernd 30 Fälle dieser Erkrankung kamen in Behandlung. Die in Deutschland glücklicherweise noch nicht allzu häufige Krankheit wurde wahrscheinlich durch einen Fürsorgezögling aus der Eifel eingeschleppt und nahm, obwohl die Köpfe der erkrankten Kinder sofort verbunden wurden, eine enorm schnelle Ausbreitung. Dies ist nur dadurch erklärlich, daß die Kranken sich unter der Kopfhaut kratzen, die Sporen an die Finger oder unter die Nägel bekommen und dieselben beim Spielen auf andere übertragen. Infolgedessen war ich gezwungen, die kranken Kinder zu isolieren und bin auf diese Weise der Epidemie Herr geworden.

Die Erkrankung charakterisiert sich durch einen meist kreisrunden Haarausfall, dem eine Schuppenbildung an der noch behaarten Stelle vorausgeht. Die Haare am Rande des zirkumskripten, lateralwärts sich ausbreitenden Haarausfalls zeigen graue oder mehligte Verfärbung; diejenigen, welche dem Ausfalle am nächsten stehen, brechen in einer Höhe von 5—7 mm ab, können leicht ausgerissen werden und sind von einer kleisterartigen grauen Manschette umgeben. In den meisten Fällen sind mehrere Haarpartien gleichzeitig ergriffen. Niemals findet man auf den ausgefallenen Partien noch einzeln stehende Härchen, sondern stets kleienartige Schuppung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab stets reichliche Mengen von Sporen in der ganzen Umgebung der randständigen Haare sowie zwischen den Haarwurzelscheiden. Infiltrate wie bei *Trichophytia profunda* konnte ich nie beobachten, wohl aber in der Umgebung häufig sich zugesellende Impetigo.

Kulturen auf Agar wuchsen in flaumenartigen, hellen, sternartigen Figuren nach 3—4 Wochen, auf Kartoffeln in rotbrauner Färbung spinnwebartig nach 14 Tagen, in und auf Traubenzuckeragar in braunen Rasen.

Des Interesses wegen versuchte ich die verschiedensten bisher empfohlenen Behandlungsmethoden, um ein Urteil zu erlangen über die am schnellsten zur Heilung führende Behandlungsmethode.

Zunächst versuchte ich die Wirkung desinfizierender flüssiger Mittel nach Epilation der kranken Haare. Hierzu benutzte ich Seifenspiritus, 2%igen Resorzinspiritus, β -Naphtholspiritus zur Waschung (1—2 mal täglich). Erfolg hatte ich hierbei erst in $\frac{1}{2}$ Jahre. Gleich lange dauerte die

Behandlung mit Sublimatwaschungen und Afridolseifen, auch führten Umschläge mit Oxyzyanat, Sublimat, Alsol, essigsaurer Tonerde, Borwasser und Afridolseifenlauge nicht eher zum Ziele, da diese Umschläge öfters wegen zu großer Mazeration oder Reizung der Haut ausgesetzt werden mußten. Als weitere Desinfektionsmittel benutzte ich Pinselungen mit Jodtinktur oder Chrysarobin (0,25:40 Traumatizin) 1mal täglich. Auch hierbei mußten hier und da Pausen wegen zu starker Reizung einsetzen, in denen sich die Sporen wieder neu entwickelten, so daß der Erfolg illusorisch war. Vor allem konnte ich die Neuwucherung der Sporen beobachten, sobald die Kopfhaut einige Tage zur Entfernung der Reizerscheinungen eingefettet werden mußte, weniger bei zwischendurch angeordneten desinfizierenden Umschlägen. Aber auch hierbei dauerte die Behandlung etwa 5 Monate. Etwas besser wirkten 10%ige Teersalben, Derivate des Teers und 10%ige Chrysarobinsalben, je etwa 8 Tage lang angewandt, 4 Tage ersetzt durch Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Bis keine Sporen mehr nachweisbar waren, vergingen etwa $2\frac{1}{2}$ Monate, worauf nach weiteren 2 monatigen spirituösen Abreibungen die Haare völlig wuchsen. Noch etwas kürzer war die Behandlungsdauer mit Dreuwscher Salbe, je 4 Tage 1mal täglich erneuert, 3 Tage Einfettung mit Vaseline. Hierbei schwanden die Sporen etwa nach 2 Monaten, jedoch wuchsen die Haare bei Spirituseinreibungen schon früher und dichter.

Wesentlich überlegen und vorzuziehen sind obigen Behandlungen Bestrahlungen, wie Röntgen- und Quarzbestrahlung. Erstere mit recht weichen Birnen, $\frac{1}{3}$ Erythemdosis in drei Sitzungen, letztere mit Kompression und mittelstarker Dosis, ebenfalls in drei Bestrahlungen, brachte die Sporen zum Schwinden in etwa einem Monate. Die Bestrahlungen erfolgten in durchschnittlichen Zwischenräumen von 8 Tagen. Auch hier benutzte ich zur Nachbehandlung Spirituswaschungen, bei Schuppenbildung Salizylschwefelsalben. Der Haarwuchs war alsdann nach 2 Monaten beendet.

Am radikalsten und sichersten bewährte sich mir die Kohlensäureschneemethode, die, soviel ich weiß, bisher noch nicht bei Mikrosporie angewandt wurde. Ich ließ den Schnee 1—2 Minuten einwirken. Die Haut hob sich dann in einigen Tagen völlig ab, die wunde Fläche wurde hierauf 8 Tage mit Umschlägen von Borwasser oder essigsaurer Tonerde behandelt, und sodann mit Spirituswaschungen begonnen. Selten war eine zweite Schneeung nötig. Die Haare wuchsen in voller Dichte meist schon nach 2 Monaten wieder. Ein Ausbleiben des Haarwuchses bei etwas zu starker Vereisung hatte ich befürchtet, aber nicht zu sehen bekommen. Das Verfahren habe ich in 7 Fällen verwandt.

Nach meinen Erfahrungen würde ich in Zukunft bei der Behandlung der Mikrosporie nur zu den neueren technischen Mitteln greifen und vor allem zuerst das Kohlensäureschneeverfahren anwenden.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Über eine eigentümliche Mißbildung der Gesichtshaut und der Augenlider**, von Fr. Schnabl. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1913. H. 6.)

Bei einem 7 Wochen alten Kinde aus nicht mit Anomalien belasteter Familie, mit gesunden Organen und normalen Schilddrüsen, zeigte die Stirn runzelförmige Hautwülste und der ganze Körper eine dünne, lose abhebbare, faltenreiche Haut. Durch die starken Wülste auf der Stirn war ein rudimentärer Lidenaufschlag bedingt, das Sehen behindert, die Lider wurden allmählich etwas beweglich, der spontane Lidenaufschlag blieb aber auf Ansätze beschränkt. Daneben bestand abnorm starke Behaarung des ganzen Körpers, besonders auffallend war ein vom Hinterhaupt über den Rücken reichender Haarschweif. Da das Kind bereits mit den Abnormitäten auf die Welt kam, lag ein unerklärter intrauteriner Prozeß vor. Es wurde eine Korrektur der Lider durch Tarsoraphie und Iridektomie vorgenommen, wonach normales Sehen eintrat. Das Kind wurde 7 Monate beobachtet, während derer der abnorme Haarwuchs zwar allmählich verschwand, die Haut aber atrophisch und faltenreich blieb. J.

- 2) **Über Thiosinaminvergiftung**, von T. Ijiri. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. XIII. 1913. Fasc. 1.)

Den 26 bereits von ihm veröffentlichten Fällen von Thiosinaminvergiftung bzw. -Exanthenen fügt Verf. einen weiteren hinzu: Eine wegen Narbenkontraktur nach Gumma mit subkutanen Injektionen von 15%iger alkoholischer und 10%iger glyzerinwässriger Thiosinaminlösung behandelte Frau erkrankte an Herzklopfen und Temperatursteigerung. Später stellte sich Ohnmacht, beschleunigte Atmung, Dyspnoe und Erbrechen ein. Schwäche, Kopfweh und Appetitlosigkeit hielten noch wochenlang an. Verf. nimmt an, daß bei solchen Patienten eine individuelle Idiosynkrasie gegen das von vielen gut vertragene Mittel vorliegt. Als allgemeine Kontraindikation sei nur Tuberkulose anzusehen. J.

- 3) **Zur therapeutischen Verwendung des Eigenserums**, von Spiethoff. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Verf. hat Eigenserum injiziert und Besserungen erzielt bei Prurigo Hebra, Dermatitis Duhring, Urticaria, Pruritus, Ekzem. Reaktionen traten ebenso auf wie bei arteigenem oder artfremdem Serum. Keinesfalls sind die Heilwirkungen auf den Aderlaß zurückzuführen. Raff-Augsburg.

- 4) **Über die diätetische Beeinflussung der Hautkrankheiten**, von Hübner. (Med. Klinik. 1913. Nr. 11.)

Neben der lokalen Therapie zeigt sich ein diätetisches Regime von großem Nutzen beim Säuglingsekzem vom seborrhoischen Typus, ferner beim Strophulus, der Urticaria, der Prurigo, in geringer Weise bei der Akne, deutlicher dagegen bei der Rosacea und oft beim Analekzem. Biberstein-Gleiwitz.

- 5) **Experimentelle Untersuchungen zur biologischen Strahlenwirkung**, von H. Meyer und H. Ritter. (Strahlentherapie. 1912. S. 172.)

Das Ergebnis einer Anzahl von experimentellen Untersuchungen ist folgendes: Der zuerst von Kienböck formulierte Satz, daß die biologische Strahlenwirkung proportional geht der absorbierten Strahlenmenge, ist dahin zu erweitern, daß bei einer Reihe biologischer und pathologischer Prozesse, wo es sich um Gewebe handelt mit lebhafter Zellproduktion und Zellproliferation,

bei gleicher Strahlenabsorption eine Strahlung um so wirksamer ist, je härter sie ist. Dieses Gesetz gilt nicht nur für die Oberflächen-, sondern ganz besonders auch für die Tiefenbestrahlungen, wo die höhere Wirksamkeit der härteren Strahlenqualität ganz besonders evident ist. Das Optimum der Absorption fällt keineswegs für alle biologischen Prozesse mit dem Optimum der Wirkung zusammen.

C. Siebert-Charlottenburg.

- 6) **Über Protargolersatz**, von O. Junghanns. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Das Argentum proteïnicum Heyden entspricht nach seinem Silbergehalt (8,2:8,3%) dem Protargol und ist auch in seiner Wirkung ihm gleichwertig; es wirkt wie dieses stark antiseptisch und kann besonders darum als ein sehr brauchbares Präparat bezeichnet werden, weil es um die Hälfte billiger ist als Protargol.

Schourp-Danzig.

- 7) **Das Verhalten der Körper- und Gewebetemperatur des Menschen bei der Thermopenetration (Diathermie)**, von A. Fürstenberg u. K. Schemel. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Unter der Einwirkung lokaler Diathermie steigt die gesamte Körpertemperatur. Der stärkste Temperaturanstieg findet sich in der lokal erwärmten Körperregion. Die Körper- und Gewebetemperatur steigt, abgesehen von der äußeren Haut, jedoch nicht, wie man bisher glaubte, mit der Verstärkung der gegebenen Stromintensität; sie ist im Gegenteil bei 0,3 Amp. bedeutend höher als bei 2 Amp. Die Ursache hierfür findet sich in Regulationsvorgängen, die sofort bei stärkeren Intensitäten von der Haut aus durch deren starke Erwärmung reflektorisch ausgelöst werden.

Schourp-Danzig.

Entzündliche Dermatosen.

- 8) **Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis des Lichen nitidus**, von Bachrach. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. März.)

Mitteilung eines typischen Falles von Lichen nitidus; die Ätiologie desselben aufzuklären, gelang nicht. Zur Tuberkulose hatten die Knötchen keinerlei Beziehung, obgleich der Patient an Lungentuberkulose litt.

Immerwahr-Berlin.

- 9) **Un cas d'érythème infiltré à plaques géantes**, par Schmitt et Hanns. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 2.)

Eine noch nicht beschriebene Dermatose bei einer 44jährigen Frau. Spezielle Beschreibung im Original nachzulesen.

Raff-Augsburg.

- 10) **Contribution à l'étude du soi-disant „eczema marginatum“ de Hebra**, par Nicolau. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 2.)

Verf. hat 35 Fälle dieser Krankheit beobachtet. Bei 20 Fällen war die Erkrankung an ihrem gewöhnlichen Sitz zwischen Skrotum und Oberschenkel, in acht außerdem noch an anderen Hautfalten, in vier weiteren auf dem Rumpfe zerstreut oder in den Interdigitalräumen. Besonders interessant und diagnostisch schwierig war die letztere Lokalisation; die Diagnose wurde durch die Entdeckung der Pilze gestellt, und die Heilung erfolgte rasch durch Anwendung von Chrysarobin bzw. Jodtinktur. Es war hier von anderer Seite Ekzem oder Dyshidrosis diagnostiziert worden. Bei der mikroskopischen Untersuchung der entweder gefärbten oder mit 40%iger Kalilauge behandelten Schuppen wurde nur eine einzige Pilzart festgestellt. Der Pilz wurde nach Sabouraud auf Zuckergelose gezüchtet. Er ist dem Trichophyton sehr ähnlich.

Er befällt, wie gesagt, hauptsächlich die Falten der Haut, und Verf. schlägt daher vor, ihn *Epidermophyton plicarum* zu nennen. Raff-Augsburg.

11) **Über die infektiösen Entzündungserreger der Psoriasis vulgaris**, von Serkowski und Wiśniewski. (Nowiny Lek. 1913. H. 3.)

Nach vielen erfolglosen Versuchen, Mikroorganismen aus den Psoriasis-schuppen zu isolieren, gelang es den Verff., mit großer Wahrscheinlichkeit den eigentlichen Erreger der Schuppenkrankheit in Form eines durch Berkefeldsche Filter filtrierbaren Virus zu entdecken. Es sind das minimale, nur ultramikroskopisch sichtbare Körnchen. Das durch Berkefeldsche Filter gewonnene und kondensierte Filtrat ruft bei Menschen typische Psoriasis hervor. Beim Erwärmen des Filtrats gehen die Infektionserreger zugrunde. Selbständige Bewegungen besitzen sie nicht. Ultramikroskopisch haben sie eine gewisse Ähnlichkeit mit den in den Pockenbläschen gefundenen Paschenschen Körperchen. Durch experimentelle Untersuchungen überzeugten sich die Verff., daß während des Überstehens der Psoriasis die Kinder keineswegs gegen frische Infektion immun sind und mittels des filtrierbaren Extraktes leicht eine neue Ansteckung hervorgerufen werden kann. Damit wäre die Langwierigkeit dieses Leidens, durch immer frisch eintretende Autoinfektion, zu erklären, daher hätten auch die Versuche der passiven Immunisierung eine kleinere Grundlage als die Versuche der Bildung einer künstlichen aktiven Immunität, in welcher Beziehung die Verff. bereits positive Resultate erhalten haben. Inkubationsstadium: 10—14 Tage. Man könnte gegen die Entdeckung folgende I. Gegenbeweise anführen: 1. die Entstehung neuer Schuppen bei psoriatischen Kranken an verschiedenen Hautstellen nach Trauma kann beweisen, daß die vermuteten Infektionskeime auf der Haut verbreitet sind auch an Stellen, welche von Schuppen frei sind oder sich im Blute befinden, was den beweisenden Wert der Impfungen herabsetzt; 2. diesen Wert vermindert der Umstand, daß die Untersuchungen nicht an gesunden Menschen vorgenommen wurden, sondern lediglich an kranken, und zwar in der Nähe von mit Schuppen behafteten Stellen; 3. der Mangel eines sicheren Beweises, daß die Psoriasis von einem Individuum auf das andere übertragen werden kann, im Gegenteil ist die Ansicht allgemein, daß sich dieses Leiden von einer Person einer anderen nicht mitteilt. II. Beweise: 1. das Vorhandensein eines 12—14 tägigen Inkubationsstadiums; 2. die Bildung von Schuppen und deren stufenweises Anwachsen nur an den Stellen, wo zur Impfung nicht erwärmtes Material benutzt wurde; 3. Bildung einer lokalisierten Hautreaktion nach Inokulation des filtrierten und kondensierten Materials; 4. spezifische Eigenschaften des erwärmten Filtrats auf den ganzen Organismus (entfernte Wirkung) und lokale Wirkung; 5. Fehlen der mit Schuppen bedeckten Impfungsschnitte dort, wo das geimpfte Material einer vorhergehenden Erhitzung ausgesetzt oder Kontrollskarifikation ohne eigentliches Filtrat ausgeführt wurde; 6. zu rasche Unterbrechung in der Anwendung der Vakzine ruft neuerliches Wachstum hervor und bei erneuerter Vakzination verschwinden wieder die neuen Schuppen; 7. die Regelmäßigkeit, mit welcher die Schuppen längs der Impfungsschnitte auftreten. Diese Beweise sind nicht belanglos; weitere Untersuchungen über die Filtrate und deren Eigenschaften werden den Verff. ermöglichen, sich kategorischer auszusprechen und in der Frage der Psoriasis eine endgültig aufklärende Antwort zu geben. Gegenwärtig werden auch Versuche mit Vakzine-therapie bei drei Psoriatikern vorgenommen. Die Einwirkung der Autovakzine war eine günstige.

Baschkopf-Krakau.

- 12) **Die Histologie und Pathogenese der Psoriasis**, von P. Haslund. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912 u. 1913. H. 2 u. 3.)

Auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen faßt Verf. die Psoriasis als ein Leiden auf, das Veränderungen sowohl im Epithel als im obersten Teil des Coriums zur Folge hat. Die ersten Spuren traten an beiden Stellen so früh auf, daß es unmöglich sei zu sagen, wo der Prozeß beginne. Neben der Hyperkeratose finde sich eine Parakeratose im Epithel. Die Veränderungen im Epithel seien neben der Akanthose, die manchmal zu einer unregelmäßigen Verdickung des Epithels führen könne, hauptsächlich durch das Vorhandensein eines Exsudats bedingt, das teils serös, teils zellulär sein könne. Das zelluläre Exsudat verdanke seine Entstehung einem nach der Hornschicht zu gerichteten einwandernden Leukozytenstrom, der zu einer Leukozytenanhäufung im Epithel führe und ist das Wesentlichste und Eigentümlichste der Veränderungen bei Psoriasis. Er betrachtet dies als die Elementarläsion der Krankheit. Die Veränderungen in der Gefäßhaut, die in einer Formveränderung der Papillen, im Auftreten eines Ödems, einer Zellinfiltration und einer Gefäßerweiterung bestehen, seien weder primär noch sekundär, sondern gleichzeitige und naturnotwendige Wirkung derselben Ursache. Verf. faßt nach alledem die Psoriasis als eine Entzündung in der Oberhaut und den obersten Schichten der Gefäßhaut auf. Die mikroskopische Abszeßbildung im Epithel, ihre Flüchtigkeit und oftmalige Wiederholung, welche klar in der Schuppe dokumentiert wird, mache die Psoriasis zu einem histologisch leicht erkennbaren und ungemein charakteristischen Hautleiden. Schumacher-Berlin.

- 13) **Arsenobenzol et hémoptysie — psoriasis et tuberculose**, par Audry. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 1.)

In einem Falle hatte Salvarsan günstige Wirkung bei Psoriasis, verursachte aber eine leichte, vorübergehende Hämoptoe. Verf. beobachtete dann in 4 Fällen Psoriasis und Tuberkulose zusammen. Raff-Augsburg.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 14) **Ein Fall von generalisierter, kongenitaler Hyperkeratose**, von J. Brault. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 5.)

Ein jetzt 12jähriger Knabe ist am ganzen Körper mit grauen, dicken, unebenen, stellenweise geschichteten Schuppen bedeckt. An den Gelenkbeugen sind die Schuppen sehr dick, höckerig und verrukös. Auch das Gesicht, die Achselhöhlen und die Afterkerbe und Genitalien sind stark mit Schuppen bedeckt. Auf dem Kopfe sind wenige, trockene, lanugoartige Haare.

Schourp-Danzig.

- 15) **Über eine besondere Form des hereditären Keratoma (Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare)**, von Brauer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1.)

Verf. beobachtete mehrere Fälle von Keratosen der Volae et plantae bei Gliedern einer Familie, die dadurch charakterisiert waren, daß sich fast symmetrisch angeordnet zahlreiche stecknadelspitz- bis pfennigstückgroße, von einem hyperkeratotischen Wall umgebene Effloreszenzen vorfanden, die aus parakeratotischer Epidermis bestanden. Diese Horneinlagerungen fielen zum Teil aus, wodurch Grübchen und Dellen entstanden, wurden jedoch dann durch neu produzierte Hornmassen ersetzt. Entzündliche und sekretorische Anomalien fehlten. Besonderes Interesse bot die Verbreitung der Affektion. Es

waren nur die männlichen Mitglieder der Familie erkrankt, die das Leiden auf die männlichen Mitglieder der nächsten Generation vererbten, wo es dann erst im zweiten Jahrzehnt in Erscheinung trat. Die weiblichen Mitglieder blieben verschont und übertrugen ihrerseits die Affektion nicht. Verf. faßt das Leiden als ein selbständiges, wohlcharakterisiertes Krankheitsbild auf, das allerdings mit dem Keratoma palmare et plantare hereditarium mancherlei Verwandtschaft aufweist. Die Annahme einer kongenitalen Bildungsanomalie dürfte am meisten Wahrscheinlichkeit für sich haben. Lilienstein-Hamburg.

- 16) **Adipose douloureuse avec asthénie**, par Claude et Sézary. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 5.)

Bei dem Falle dieser seltenen Krankheit, den die Verff. beschreiben handelte es sich um eine 30jährige Frau, die in ausgesprochener Weise die drei Kardinalsymptome der „Maladie de Dercum“, Adipositas, Dolores, Asthenie, darbietet, die weniger konstanten Symptome, höheres Alter und psychische Stigmata, fehlen hier. Nachdem Opothérapie mit Nebennieren- und Ovarialsubstanz ohne Erfolg blieb, führte Thyreojojin eine ausgesprochene Besserung aller Symptome herbei, die jedoch nur solange anhielt, wie das Medikament genommen wurde; nach Aussetzen desselben traten auch die Symptome wieder auf.

Paul Cohn-Berlin.

- 17) **Infiltrations graisseuses multiples de l'hypoderme chez un nourrisson de trois mois**, par Triboulet, Ribadeau-Dumas et Debré. (Bull. Soc. de Pédiatrie. 1912. Mai.)

Vorstellung eines Säuglings als Träger multipler, an den oberflächlichen Schichten adhärenter, hypodermaler Knoten. Diese Knoten, die gewöhnlichen Abszessen gleichen, enthalten in Wirklichkeit eine ölige, mikrobienfreie Flüssigkeit. Die Biopsie zeigte ausschließlich auf das Hypoderm beschränkte Veränderungen und die Verff. betrachten den Fall als eine Varietät des Sclerema adiposum.

H. Netter-Pforzheim.

- 18) **Über Erbllichkeit des Atheroms**, von Schneider. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Stammbaum der Familie des Verf.'s, in der mehrere Mitglieder an Atherom litten.

Raff-Augsburg.

- 19) **Rodent ulcer of the back in a boy of twelve**, by J. H. Sequeira. (British med. Journal. 1912. November.)

Die Wucherung am Rücken des 12jährigen, anämischen, aber sonst gesunden Patienten wurde sowohl nach dem klinischen Bilde, als wie durch Biopsie als Ulcus rodens festgestellt. An dem Fall ist bemerkenswert das jugendliche Alter des Kranken, die seltene Lokalisation und die Heilung durch Radium.

J.

- 20) **Zur Klinik und Pathologie des metastatischen Krebses der Haut, im besonderen des Hautnervenapparates**, von Askanazy. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Bei einer 45jährigen Frau mit Mammakarzinom traten eine große Anzahl kleiner Knoten in der Haut auf, die sich histologisch als Karzinomknoten präsentierten, mit vielfachen intimen Beziehungen zu den Hautnerven. Die ausführliche Beschreibung ist im Original nachzulesen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Neuritische Dermatosen.

- 21) **Scleroderme en bande du front**, par Danel. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 1.)

Zirkumskripte Sklerodermie der Stirn, oberflächlich ohne Neigung in die Tiefe fortzuschreiten, erfolgreich mit Elektrolyse behandelt. Raff-Augsburg.

- 22) **Nouvelles recherches sur l'étiologie de la pelade (pélade et ménopause)**, par Sabouraud. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 2.)

Die Schlußfolgerungen dieser Arbeit sind: 1. Bei der Frau existiert eine Pelade (Alopecia areata), welche auf die Menopause folgt oder auf das lange Ausbleiben der Menstruation. Sie kann gutartig oder bösartig sein. 2. Auch nach der Ovariectomie kann eine Pelade folgen. Ihre Prognose ist verschieden. 3. In seltenen Fällen erscheint eine Pelade im Verlauf der Schwangerschaft und sogar im Verlauf mehrerer Schwangerschaften nacheinander. Sie ist gutartig. In einem Fall beobachtete Verf. eine Pelade bei einem Mann mit Orchitis tuberculosa duplex. Diese Pelade blieb dauernd bestehen auch nach der Kastration.

Raff-Augsburg.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 23) **Über Fettantikörper und ihre Bedeutung (mit besonderer Berücksichtigung der Lepra)**, von H. Much. (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. I. 1912. H. 1.)

Angeregt durch die Entdeckung Deyckes, eine Krankheit durch Einspritzung von arteigenem Bakterienfett zu heilen, beschäftigte sich Verf. mit der Erforschung der bakteriellen Fettkörper und ihrer immunobiologischen Verhältnisse. Die frühere Annahme, daß Eiweißkörper allein Immunkörper zu bilden imstande seien, wurde bald verlassen, und namentlich die Entdeckung der Wassermann-Reaktion zeigte, daß zweifellos auch Lipoiden fähig sind, spezifische Antikörper zu bilden. Fettantikörper ließen sich jedoch nur durch Vorbehandlung der Versuchstiere mit einer Lipoid- und Eiweißmischung hervorrufen, während Injektion von reinem Lipoid ein negatives Resultat ergab. Aus den Untersuchungen des Verf.'s resultierte ferner, daß das sogen. Neutralfett, welches sich in Bakterien (Tuberkelbazillen, Leprabazillen) außer ihren sonstigen Bestandteilen, nämlich Eiweiß und Lipoid, noch vorfindet, auch Antikörper hervorzurufen imstande ist, was durch die Komplementbindungsreaktion einwandfrei festgestellt wurde. Analog den Friedbergerschen Versuchen über Eiweißüberempfindlichkeit konnte ebenfalls aus den Fetten der Bakterien ein anaphylaktisches Gift abgespalten werden. Bei seinen Versuchen benutzte Verf. das Deyckesche Nastin, das nachweislich reinste aller Bakterienfette aus Streptothrix leproides. Durch Injektion von Nastin konnte Deycke eine auf Bildung von Neutralfettantikörper beruhende Besserung von leprösen Prozessen hervorrufen. Bei der Tuberkulose wirkt das Nastin in schädigendem Sinne (Anaphylaxie), da der Körper bei dieser Krankheit nachweislich meistens schon Neutralfettantikörper enthält. Zum Schluß berichtet Verf. über günstige Resultate von passiver Immunisierung mit Leprabazillen bei Versuchstieren, die vorher gegen Tuberkulose immun gemacht waren. Willy Cohn-Berlin.

- 24) **L'antileprol nella cura della lepra**, per A. Serra. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 6.)

Antileprose, ein Äthyläther des Chaulmoograöls, wird auch in hohen Dosen, bis zu 10 g pro Tag, vom Magen-Darmkanal gut vertragen im Gegen-

satz zum Chaulmoograöl. Auch die Injektionen wurden bis zu 10 g pro Tag (2 mal 5,0) ohne Schmerzen verabreicht. Von 10 Kranken, die behandelt wurden, erstreckt sich der vorliegende Bericht über sechs, die längere Zeit in Behandlung blieben. Die Geschwüre heilten, die Leprome gingen bis auf braune Flecke zurück, ebenso die Erscheinungen im Kehlkopf. Ein Knötchen an der Cornea verschwand bis auf einen opaleszierenden Fleck. Eine Elephantiasis am Vorderarm ging bedeutend zurück. Die Bazillen zeigten in allen Fällen zuerst Degenerationsformen, wurden dann spärlich und verschwanden schließlich. Die Anästhesie verschwand völlig oder besserte sich. 5 Jahre bestehende Plantargeschwüre heilten. Milztumoren verschwanden fast völlig (2 mal). Flecke, die während der Kur im Gesicht auftraten, zeigten entweder überhaupt keine Bazillen oder nur ganz spärliche. Verf. hält eine intermittierende Nachbehandlung, die sich über Jahre erstreckt, für nötig. „Antileprol muß als das einzige spezifische Mittel betrachtet werden, das wir bisher zur Behandlung der Lepra besitzen.“ Dreyer-Cöln.

- 25) **Über die Kultivierbarkeit des Lepraerregers und die Übertragung der Lepra auf Affen**, von J. Reenstjerna. (Deutsche med. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Verf. gelang es, Reinkultur eines säurefesten, an den Leprabacillus morphologisch erinnernden Mikroorganismus zu erhalten. Ein mit solcher vom Blute eines Leprösen hergestellter Kultur geimpfter Affe erhielt Flecke von kurzer Beständigkeit; in seinem Gewebssaft konnten sowohl säurefeste, als nicht-säurefeste Mikroorganismen in Farbpräparaten nachgewiesen werden. Die Kulturversuche und die Tierversuche bringen den Verf. zur Überzeugung, daß der Lepraerreger ein Organismus mit großem Polymorphismus ist, der als Diplokokken, Streptokokken, Diphtherideen, kleinere und größere Stäbchen usw. auftreten kann, dessen verschiedene Formen nur von einer höheren, wahrscheinlich zur Gruppe der Pilze gehörenden Pflanze abgebrochene, selbständig sich entwickelnde Teile sind. Die Säurefestigkeit ist nach Verf.'s Meinung nur eine Art Kleid, das der Lepramikroorganismus unter gewissen Bedingungen anlegt.

Schourp-Danzig.

- 26) **L'angio-lupoide**, par Brocq et Pautrier. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 1.)

Unter obigem Namen beschreiben die beiden Verff. eine noch nicht erwähnte Erkrankung in 5 Fällen, stets bei Frauen, die in den 40er Jahren standen. Es handelt sich um Affektion des Gesichtes, meist am inneren Augenwinkel, mit zwei charakteristischen Merkmalen: einmal Teleangiektasien, dann Ähnlichkeit mit Tuberkulose der Haut, d. i. mit Lupus. Letzteres zeigte sich auch mikroskopisch in dem Befunde von Riesenzellen. Eine Kaninchenimpfung blieb jedoch ohne Wirkung, auch fanden sich in den Schnitten keine Tuberkelbazillen. Histologisch steht die Erkrankung dem Lupus sowie dem Sarkoid von Boeck nahe. Therapeutisch bewährte sich Röntgenbehandlung.

Raff-Augsburg.

- 27) **Boecksches Sarkoid bei ausgedehnter Allgemeintuberkulose**, von G. Stümpke. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. März.)

Der Fall des Verf.'s stellt eine Kombination der kleinknotigen und infiltrativen Form des Boeckschen Sarkoids dar. Wenn auch der Bazillennachweis und der Impfversuch ein negatives Resultat zeigte, so ließ der mehrmalige positive Ausfall der Tuberkulinreaktion auf der anderen Seite wohl keinen Zweifel an dem tuberkulösen Charakter des Exanthems. Bezüglich

des Verlaufs der Krankheit in dem vorliegenden Falle ist die auffallende Tatsache hervorzuheben, daß das jahrelang bestehende, absolut chronisch verlaufende Exanthem, das jeder Therapie trotzte, von dem Momente an eine überaus schnelle Rückbildung zeigte, wo die bis dahin relativ latente Lungentuberkulose anfang, rapide Fortschritte zu machen. Der Allgemeinverlauf der Tuberkulose zeigte die trotz der geringen Dosen zweifellos ungünstige Wirkung des Tuberkulins. Man wird daher gut tun, mit der Verordnung von Tuberkulin bei Tuberkuliden in Rücksicht auf eine irgendwie vorgeschrittene Allgemeintuberkulose vorsichtig zu sein.

Immerwahr-Berlin.

28) **Ein Fall von Lupus vegetans exulcerans**, von Kozerski. (Przegl. Lek. 1912. Nr. 45.)

Bei der 38jähr. Patientin wurde konstatiert: Lupus vegetans exulcerans der ganzen linken Gesichtsseite. Exkochleation der Lupusmassen. Nach einer Woche auf die granulierende Fläche Röntgenbehandlung, dann Belichtung mit der Kromayerschen Lampe 6 mal in 2—3 wöchigen Unterbrechungen. Sehr schöner Erfolg. Quer durch die Mitte der Wange verläuft eine weiße Narbe dort, wo der Lupus nach 36 jähriger Dauer am tiefsten die Gewebe zerstört hatte. Sonst stellt sich die Haut des Gesichts derart normal dar, daß man bei Vergleich mit der Photographie schwer glauben kann, daß an dieser Stelle Lupus vorhanden war. Diesen Fall stellte Verf. in der Warschauer medizinischen Gesellschaft als Antwort auf die Stimmen vor, welche die Erfolge der modernen kombinierten Lupusbehandlung ungenügend bewerten.

Baschkopf-Krakau.

Gonorrhoe.

29) **Ein Fall von isolierter primärer Gonorrhoe eines akzessorischen Ganges am Penis**, von J. T. Lenartowicz. (Dermatolog. Wochenschr. 1913. Nr. 4.)

Bei einem 26jährigen Mann fand sich an der Haut der unteren Seite des Penis ein hirsekorngroßes Knötchen, welches einem Abszeß ähnelte. Sein Inhalt zeigte zahlreiche Gonokokken. Der Urin war vollkommen rein; das Orificium urethrae normal.

Schourp-Danzig.

30) **Über die Ursachen und die Behandlung des Ausflusses aus dem weiblichen Genitale**, von S. Gottschalk. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Als souveräne Behandlung der akuten Gonorrhoe beim Weibe verlangt Verf. absolute Bettruhe, unterstützt durch Balsamica innerlich, äußerliche Waschungen und vorsichtige Scheidenspülungen unter ganz geringem Druck mit schwachen Lösungen von übermangansaurem Kali oder Protargol mittels eines auskochbaren Ansatzrohres mit nur seitlichen Ausflußöffnungen. Eine örtliche antigonorrhoeische intrauterine Behandlung paßt erst für das subakute bzw. für das subchronische und chronische Stadium.

Schourp-Danzig.

31) **Die Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhoe**, von L. Lilienthal und J. Cohn. (Med. Klinik. 1913. Nr. 7.)

Eine Abortivbehandlung der Gonorrhoe, worunter eine Heilung innerhalb von 3 Tagen verstanden wird, gelang den Verff. unter 95 Fällen 45 mal. Geeignet für die Abortion sind ganz frisch infizierte Fälle, deren erste klinische Anzeichen nicht mehr als 24 Stunden zurückliegen und die noch geringes serös-eitriges Sekret aufweisen. An drei aufeinander folgenden Tagen werden je drei Spritzen à 8 ccm einer 4%igen Protargollösung in die Urethra injiziert und je 4 Minuten darin belassen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 32) **Conjunctivitis gonorrhoeica metastatica**, von E. Hoffmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Bei einem Patienten mit Prostatitis gonorrhoeica, aber ohne Arthritis trat eine doppelseitige Conjunctivitis mit Erythem der Lider und ihrer Umgebung auf; im Konjunktivalsekret spärliche Eiterzellen, keine Gonokokken.

Schourp-Danzig.

- 33) **Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoeischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvakzine Menzer**, von Ph. Erlacher. (Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 3.)

Verf. empfiehlt die Gonokokkenvakzine Menzer, welche trotz ausgesprochener Herdreaktion und bei offenkundigem Heilerfolg nie Temperatursteigerungen hervorruft. Sie gibt ein sicheres Urteil, ob ein Patient tatsächlich gonokokkenfrei ist oder nicht; denn es reagieren Fälle, die durch Silberbehandlung scheinbar geheilt sind, auf die Vakzine noch mit Ausfluß und positivem Gonokokkenbefund. Daher ist die Forderung Menzers völlig berechtigt: einen Heiratskonsens erst nach Injektion von mindestens 20 Millionen Vakzine zu erteilen.

Schourp-Danzig.

- 34) **Über die Sensibilität der spitzen Kondylome**, von A. Fontana. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Die spitzen Kondylome sind, wenn auch im geringeren Grade als die normale Haut, mit Tast-, Wärme- und Schmerzempfindlichkeit versehen; an der Anwesenheit von Nerven und von Nervenendigungen in ihnen kann nicht gezweifelt werden.

Schourp-Danzig.

- 35) **Des complications de la blennorrhagie, otite moyenne gonococcique**, par I. Pstrokowski. (Revue clinique d'Urologie. 1913. Januar.)

Der vom Verf. beobachtete Fall von gonorrhoeischer Mittelohrentzündung ist neben Krönig, Deutschmann und Reinhard der vierte in der Literatur bekannte. Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen mit gonorrhoeischer Urethritis und Endometritis. Nachdem in den ersten 14 Tagen absolut kein Fieber aufgetreten war, stieg plötzlich im Laufe der 3. Woche die Temperatur auf 39,5°. Gleichzeitig klagte die Kranke über heftige Kopfschmerzen, die hauptsächlich in der rechten Seite lokalisiert waren. Zugleich trat ein skarlatiniformes Exanthem auf Thorax und Extremitäten auf. Es zeigte sich eine geringe Milzvergrößerung, Schwellung der Drüsen der Leisten- und der rechten Achselhöhle. Zuweilen waren die Kopfschmerzen so stark, daß die Kranke angeblich das Bewußtsein verlor. Gelegentlich wurde eine schmerzhafte Stelle hinter dem Ohr festgestellt. Nachdem der beschriebene Zustand 10 Tage angehalten hatte, entleerte sich plötzlich am 11. Tage schmutziger Eiter aus dem rechten Ohr in großer Menge. Man fand eine Perforation des Trommelfells und typische Gonokokken in dem Eiter. Trotzdem hielt man die Eröffnung des Proc. mastoideus für notwendig. Aus dem bei der Operation gewonnenen Eiter wurden Gonokokken gezüchtet. Nach einigen Wochen verließ die Kranke das Hospital mit vernarbtem Trommelfell und einer leichten Beeinträchtigung des Gehörs. Es bestand mithin eine Gonokokkämie, welche auf metastatischem Wege die Otitis media entstehen ließ. Schumacher-Berlin.

- 36) **Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par le néosalvarsan**, par Janet et Lévy-Bing. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 21.)

Nachdem andere Autoren, wie Stübner, Heuck und Kall, beobachtet hatten, daß im Laufe einer Behandlung von Lues mit intravenöser Salvarsaninfusion gonorrhoeische Ausflüsse sistierten, haben die Verff. systematisch zunächst

bei Frauen die Gonorrhoe mit 2%iger wäßriger Neosalvarsanlösung behandelt; es wurde ganz frisch zubereitete Lösung oder eine ölige Emulsion angewandt, und zwar wurde die Urethra entweder mit der Lösung berieselt oder mittels eines Gazetupfers ausgewischt, die Vagina täglich ausgespült oder tamponiert. Bei gonorrhoeischen Komplikationen und Allgemeininfektion würde intravenöse Infusion in Frage kommen. Bei einem Falle von Allgemeininfektion mit Myositis des rechten Vorderarms, starker Schwellung, Schmerzen trat nach zwei Injektionen von 0,3 und 0,6 Neosalvarsan schnelle und komplette Heilung ein.

Paul Cohn-Berlin.

- 37) **Unsere Erfahrungen mit Hexal**, von Kowanitz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Hexal steigert die Diurese und ist angenehmer zu nehmen als Urotropin. Die alkalische oder schwach saure Reaktion des Urins verwandelt sich nach Gebrauch des Mittels rasch in eine stark saure. Außer der sedativen Wirkung, die dem Mittel zukommt, bewirkt es eine rasche Klärung des Urins. Verf. empfiehlt das Mittel in allen Fällen und allen Formen der Zystitis, auch prophylaktisch beim Katheterismus und zur Verhütung aufsteigender Infektionen der Harnorgane sei es wohl beachtenswert.

Schumacher-Berlin.

- 38) **Die therapeutische und diagnostische Bedeutung der Vakzination bei Gonorrhoe des Mannes**, von H. Müller. (Med. Klinik. 1912. Nr. 43.)

Die Prüfung von 100 Gonorrhoe-fällen, die mit Menzerschem Gonokokken-vakzin und Bruckschem Arthigon behandelt wurden, ergab die Wirkungslosigkeit der Vakzinetherapie bei der akuten und subakuten Schleimhaut-gonorrhoe. Komplikationen wie Prostatitis, Arthritis und besonders Epididymitis wurden unverkennbar günstig beeinflusst. Für die chronische Gonorrhoe ist die Vakzination zu versuchen wegen der gelegentlichen Erzeugung einer reaktiven Entzündung der Infiltrate, wodurch diese der Dehnbehandlung zugänglicher werden. Die lokale Therapie ist bei der Vakzinebehandlung nicht zu entbehren. In diagnostischer Hinsicht beweist der negative Ausfall der Reaktion nichts, dagegen ist der positive Ausfall der Herdreaktion und eine exzessive Allgemeinreaktion verwertbar.

Biberstein-Gleiwitz.

Venerische Helkosen.

- 39) **Sulle ulcere veneree extragenitali e genitali**, per de Napoli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 6.)

Extragenitale Ulcera molli sind selten, da die Schmerzhaftigkeit und die entzündlichen Erscheinungen, die die weichen Schanker an den Genitalien veranlassen, eine Übertragung durch widernatürlichen Coitus einschränken. Zudem nimmt mit zunehmender Sauberkeit und Aufklärung die Zahl der genitalen weichen Schanker ab. Außerdem verhindert der atypische Charakter der extragenitalen Ulcera molli nicht selten ihre Erkennung, wie auch die Scham der Patienten diese zuweilen vom Arzte fernhält. Verf. berichtet den Fall eines Soldaten, der an weichen Schankern der Vorhaut litt, die auf die Innenfläche des rechten Oberschenkels und die Leistenbeuge übertragen wurden. Dasselbst hatte vorher eine Eczema marginatum bestanden. Drüsenschwellungen fehlten vollständig. Die Schanker der Leiste heilten schneller als die genitalen.

Dreyer-Cöln.

Syphilis.

- 40) **Über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle**, von W. Wechsellmann.
(Urban & Schwarzenberg. 1914. 4 M.)

Verf. unterzieht die Entstehungsart der Salvarsantodesfälle einer so gründlichen und eingehenden Untersuchung, daß die Grundzüge der ausführlichen Arbeit hier nur angedeutet werden können. Er betont, daß die reine Salvarsantherapie nicht mehr Schaden anrichtet, wie jede andere energische Behandlung, daß aber ein großer Teil der Salvarsantodesfälle der kombinierten Anwendung von Quecksilber und Salvarsan zuzuschreiben sei. Die meisten der schnell zum Tode führenden Salvarsanvergiftungen beruhen nicht auf einer Überempfindlichkeit des Gehirns, sondern auf einer Insuffizienz der Niere. Die starke Ausscheidung des Salvarsans durch den Harn ist nachgewiesen und wird leicht von einer normalen, oft auch noch von einer syphilitischen Niere getragen, obgleich auch Tod an Urämie nach Salvarsan bei syphilitischer Nephritis vorgekommen ist. Oft verträgt die Niere eine erste Arsenauscheidung und unterliegt den Anforderungen einer zweiten Injektion. Diesen plötzlichen Todesfällen geht meist Anurie und starke Eiweißausscheidung voran. Da aber das Quecksilber die Nieren viel stärker angreift als das Arsenobenzol, so weist Verf. an einschlägigen Fällen nach, daß das erstere bei der kombinierten Behandlung das verderblichere Mittel war. Auch kommt es auf die Zeit an, in welcher die durch Hg gereizte Niere die Belastung durch Salvarsan erfährt, ob nicht verankertes Hg in Nieren oder anderen Gefäßen liegt, in welchem Falle die intravenöse Salvarsaninjektion besondere Reaktionen auslösen kann, oder ob durch das Hg eine vaskuläre Hypostenurie verursacht ist. Der Tod nach Salvarsan entsteht nicht durch Urämie, sondern durch Nierensperrung, welche Salvarsan im Körper zurückhält. Eine zweite Gefahr bietet die latente Meningealtuberkulose, doch wurde der zerebrale Typus der Todesfälle nie nach subkutaner oder intramuskulärer Einführung beobachtet. Therapeutisch ergibt sich die Folgerung, daß gleichzeitige Anwendung von Salvarsan und schwere Quecksilberkur gefährlich ist: erst tagelang nach Aussetzen des Salvarsan darf vorsichtig Hg gegeben werden. Daneben ist genaueste Technik, vorsichtige Dosierung, sorgfältige Beobachtung und Untersuchung des Harns, Berücksichtigung der Temperatur und des Allgemeinzustandes bei der Salvarsananwendung, mehr aber noch bei der kombinierten Behandlung geboten.

J.

- 41) **Ein Todesfall nach Neosalvarsaninfusion**, von Busse und Merian.
(Münchener med. Wochenschr. 1912. Nr. 43.)

18jähriges Mädchen erhält zunächst wegen sekundärer Lues Schmierkur von 30 Einreibungen. Wegen Rezidiv 4 Wochen später Neosalvarsan 2 mal je 0,6 in 8tägigem Intervall. 2 Tage später Krämpfe, Coma. Exitus nach 5 Tagen. Sektion: Encephalitis haemorrhagica im Gehirn und Rückenmark. Degeneration des Herzens und der Nieren. Die Verf. schreiben den Tod einer As-Vergiftung zu; die multiplen Blutungen im Zentralnervensystem sind schon früher bei Arsenintoxikation beobachtet worden. „Nicht ein Verschulden, auch nicht eine unzumutbare Hantierung des Arztes führt das traurige Ende herbei, sondern diese sind in der tückischen, vorher nicht vorauszusehenden und deshalb unberechenbaren Giftwirkung des Arsens begründet. Diese Gefahren haften den neuen komplizierten Arsenverbindungen ebenso an, wie den alten klassischen Präparaten, und mit diesen Gefahren muß jeder Arzt

bei der Verwendung größerer Dosen rechnen.“ (In seiner neuesten Arbeit, über die Pathogenese der Salvarsantodesfälle hält Wechselmann die Deutung der beiden Autoren nicht für richtig und bestreitet auf Grund der Literatur, das bei As-Vergiftungen ähnliche Erscheinungen beobachtet wurden. Ref.)

Raff-Augsburg.

- 42) **Zwei Fälle von Neosalvarsanvergiftung**, von Wahle. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 7.)

Erster Fall. 21jähriger Mann. Primäraffekt, leichte Roseola. Neosalvarsan 0,9 intravenös. Erbrechen, Appetitlosigkeit, zweiter Tag Kopfschmerzen. Am 3. Tage enormer Eiweißgehalt im Urin, 20‰. Nach 3 Wochen war Urin wieder normal. Zweiter Fall. 22jähriger Mann, gesund, erhält 0,9 Neosalvarsan. Heftiges, 2 Tage dauerndes Erbrechen. Eiweißgehalt im Urin 2—8‰. Schließlich Anurie, fast 3 Tage lang. Behandlung: Kochsalzlösung intravenös, rektale Einläufe mit Lindenblütentee und Traubenzucker. Im folgenden Pneumonie und Pleuritis. Schließlich erholte sich der Kranke, der Urin wurde normal, bekam dann Schmierkur. Die Ursachen der Intoxikation sind unklar. Wasserfehler kann nicht in Betracht kommen. Der zweite Patient hatte vorher eine Krätzekur gemacht und Verf. glaubt, daß vielleicht durch die Schwefelsalbe eine Nierenreizung stattgefunden hatte. Allerdings habe vor und nach der Krätzekur und vor der Injektion eine Harnuntersuchung mit negativem Befund stattgefunden. Verf. bespricht auch den sogenannten anorganischen Wasserfehler nach Emery; die Beobachtung, daß aus dem Kühler des Destillationsapparates Spuren von Salzen in das Wasser kommen und das Neosalvarsan verändern. Verf. meint, dann müßte man ja jedesmal das Wasser eingehend analysieren, was ja in der Praxis ganz unmöglich ist. Man käme also dann in die Gefahr, dem Patienten eine gefährliche Injektion zu machen. Dann müßte man auf das Neosalvarsan verzichten. (Wird wohl inzwischen vielfach geschehen sein. Ref.) Verf. hält das Neosalvarsan für viel giftiger als Salvarsan. (Verf. beschreibt also zwei Fälle von Intoxikation mit schwersten Nierenerkrankungen, ohne vorausgegangene Quecksilberkur und nach einer Injektion. Ref. möchte darauf besonderen Nachdruck legen, im Hinblick auf die soeben erschienene Arbeit von Wechselmann: Die Pathogenese der Salvarsantodesfälle. Raff-Augsburg.)

- 43) **Syphilis — salvarsan — intoxication — mort**, par Bernadot. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 1.)

Zwei intravenöse Salvarsaninjektionen à 0,4 bei einer 25jährigen gesunden Frau mit 19 Tagen Intervall. 4 Tage später plötzlich Gehirnerscheinungen mit Bewußtlosigkeit, Krämpfe, Coma, Tod nach 2 Tagen. Bei der Sektion fanden sich im Gehirn Verdickung der Meninge an verschiedenen Stellen, Nieren vergrößert.

Raff-Augsburg.

- 44) **Polyneurite sensitivo-motrice avec troubles psychiques à la suite d'une injection intraveineuse de salvarsan**, par Abadie, Petges et Desqueyroux. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 1.)

Ein 19jähriger Mann erhielt 0,6 Salvarsan intravenös. Nach 2 Tagen traten lanzinierende Schmerzen der Extremitäten mit nächtlicher Exazerbation auf, dann Verschwinden der Sehnenreflexe, Muskelatrophie, endlich psychische Störungen, hauptsächlich Verwirrtheit. Die Erscheinungen dauerten 4 Monate, um dann nach einem weiteren Monat von selbst zu verschwinden. Fraglos handelte es sich um eine Polyneuritis und nach Ansicht der Verff. nicht um eine syphilitische, deren Existenz übrigens von manchen Seiten bezweifelt wird.

Dann erörtern die Verff. die Frage, ob es sich um Salvarsanschädigungen handeln könnte. Sie besprechen die Frage der Neurorezidive nach Salvarsan, die ja höchst selten die Rückenmarksnerven betreffen. Als ein Neurorezidiv können die Verff. ihren Fall nicht ansehen, weil er spontan heilte und sie werfen die Frage auf, ob andere Neurorezidive überhaupt nicht auch ohne Behandlung geheilt werden. Sie sind mit dem Ausdruck Neurorezidive nicht einverstanden, da derselbe nur unsere Unkenntnis in dem betreffenden Punkte verschleiern will. Sie glauben, daß es sich um eine spezifische für Salvarsan charakteristische Form der Polyneuritis handelt und weisen die absolute Unschädlichkeit des Salvarsans zurück, wenngleich sie das Salvarsan als einen großen Fortschritt in der Therapie der Syphilis bezeichnen. Raff-Augsburg.

- 45) **Zur Kenntnis der Neosalvarsanwirkung bei Keratitis parenchymatosa**, von Hoehl. (Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr. 2.)

Einträufung von $2\frac{1}{2}\%$ iger Neosalvarsanlösung bei 7 Patienten ohne Erfolg. Raff-Augsburg.

- 46) **Sur la signification de la fièvre consécutive à une première injection de salvarsan**, par Jeanselme et Jacquet. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 8.)

Aus ihren Studien über das Auftreten von Fieber nach Injektionen an spezifischen Mitteln bei Lues ziehen die Verff. folgende Schlußfolgerungen: Bei jedem Luetiker in der aktiven Periode rufen intravenöse Injektionen irgend eines spezifischen Mittels in genügender Dosis Fieber hervor, bei folgenden Injektionen selbst in noch so hoher Dosis wiederholt sich dieses nicht. Ist auf diese Weise eine Fieberattacke eingetreten, so kann ein anderes spezifisches Agens, einige Tage später injiziert, keine Temperaturerhöhung hervorrufen; nur das erste Spezifikum ist fibrigen, weil es eine massige Destruktion von Treponemen erzeugt. Wenn das antisypilitische Medikament in minimalen und wiederholten Dosen injiziert wird, so findet eine fraktionierte Destruktion der Treponemen statt, die Temperaturerhöhung bleibt daher aus, jedoch genügt die präparatorische Behandlung, um zu versuchen, daß 606 in normaler Dosis von Hyperthermie gefolgt wird. Paul Cohn-Berlin.

- 47) **Zur Kasuistik der Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan**, von A. Wolff und P. Mulzer. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 31.)

Trotz frischer Zubereitung der Lösung, genauer Dosierung nach Schreibers Angabe und sorgfältiger Technik konnten die Verff. nicht die günstigen Erfahrungen bestätigen, welche andere Autoren vom Neosalvarsan berichteten. Primäraffekte sahen sie zwar gereinigt und überhäutet, doch behielten sie wochenlang ihre Grundinfiltration, die spezifischen Lymphdrüsen veränderten sich nicht, die Wassermann-Reaktion blieb, wie sie vor der Behandlung war, positiv oder negativ, einmal schwankend, um später wieder positiv zu werden. Von sekundären Symptomen schwanden zwar Roseola und Angina bald, doch blieben sypilitische Papeln, Psoriasis und Sklerodermis fast unbeeinflusst, diese Exantheme beherbergten reichliche Spirochäten, die Wassermann-Reaktion war dauernd positiv. Tertiäre Ulzera wurden zwar nach Neosalvarsan rein, heilten aber erst völlig nach Hg. Bei so geringen Heilwirkungen waren doch mehrfach nicht unerhebliche schädliche Nebenwirkungen zu verzeichnen: Hohes Fieber, Schüttelfröste, Kopfschmerzen, starkes Erbrechen, Durchfälle, Arzneiexantheme, Wadenschmerzen. In einem Falle, der nur 3,3 g in 8 Tagen erhalten hatte, kam es sogar zu schweren toxischen Erscheinungen: fast unstillbarem Erbrechen, Anurie, Zystitis, schwerer Nephritis, Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen, großem Decubitus über dem Kreuzbein und kleinen

Decubitusgeschwüren an den Fersen. Dabei waren die syphilitischen Symptome nicht gebessert. Nach den Erfahrungen der Verff. ist also das Neosalvarsan weniger heilkräftig und dabei in geringeren Dosen häufiger toxisch wirkend als das Salvarsan und jedenfalls nicht, wie gelegentlich geraten wurde, ohne Bedenken in der ambulanten Behandlung, sondern nur unter sorgfältigster ärztlicher Kontrolle zu verwenden.

J.

- 48) **Kasuistische Beiträge und Vergleiche zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Joha- und intravenösen Salvarsaninjektionen**, von C. Schindler. (Med. Klinik. 1913. Nr. 9.)

Verf. weist auf die Vorteile der Johabehandlung gegenüber den intravenösen Salvarsaninjektionen hin und belegt durch kasuistische Beispiele die Nachhaltigkeit dieser Depotbehandlung hinsichtlich der syphilitischen Symptome und der Seroreaktion.

Biberstein-Gleiwitz.

- 49) **Du traitement des femmes syphilitiques enceintes par le salvarsan**, par Jeanselme, Vernec et Bloch. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 8.)

Seit 2 Jahren wurden alle luetischen Schwangeren in dem von den Verff. geleiteten Hospital nur mit Salvarsan, ohne andere Medikation, behandelt. Die meisten bekommen 4—6 intravenöse Injektionen in einwöchigen Zwischenräumen, in steigenden Dosen von 0,3 aufwärts, event. auch weniger, wenn der Zustand der Nieren es bedingt. 14 Frauen mit Zeichen von frischer Lues haben unter dieser Behandlung rechtzeitig lebende Kinder von normalem Gewicht geboren, an den Kindern wurden während mehrerer Monate keine spezifischen Erscheinungen beobachtet. 4 Kinder starben, aber an anderen Krankheiten. 2 Frauen mit älterer Lues, die vorher mehrfach abortiert hatten, führten die Schwangerschaft gut zu Ende. Diese Resultate sind viel besser als bei der Hg-Behandlung.

Paul Cohn-Berlin.

- 50) **Dauererfolge der Salvarsan-Abortivkuren der Jahre 1910—1911**, von H. Müller. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 8.)

Bei 30 Fällen von frischem Primäraffekt mit Spirochäten und negativem Wassermann waren durch die Behandlung — 2—3 Salvarsaninjektionen, dazu Ol. cin. oder Ziellers Kalomelöl — in allen Fällen noch nach 1 Jahr keine Symptome aufgetreten und Wassermann negativ geblieben. Verf. empfiehlt auch die Johainjektionen Schindlers, die bei richtiger Technik schmerzfrei seien.

Raff-Augsburg.

- 51) **Einige Worte über Lungenlues infolge eines mit Salvarsan behandelten Falles**, von Ziembicki. (Lwowski Tygodnik Lek. 1913. Nr. 1.)

Die Lokalisation der Syphilis in der Lunge ist eine große Seltenheit. Verf. behandelte einen 42jährigen Beamten, welcher vor 11 Jahren sich mit Lues infizierte. Das Krankheitsbild war der chronischen Lungentuberkulose ähnlich. Wurde systematisch mit Hg-Einreibungen, Jod usw. erfolglos behandelt: fortwährendes Fieber, häufige Hämoptoe, hartnäckiger Husten, Dyspnoe, Abmagerung, Marasmus. Nach wiederholten Salvarsaninjektionen, Schwinden sämtlicher Erscheinungen. Der Erfolg der Salvarsanwirkung, in diesem Falle die Diagnose der Lungenlues festhaltend, verdient noch aus diesem Grunde hervorgehoben zu werden, weil das Salvarsan hier seine Wirkung zeigte, als andere Präparate (Jod, Hg) die Hoffnungen nicht erfüllten. Wäre nicht das Salvarsan, wäre die Lage trostlos. Der physische, wie moralische Zustand des Patienten erheischte sofortiges Eingreifen. Sollte auch das Resultat nicht dauernd bleiben, kann das Aufhalten des Fortschreitens der Krankheit in

diesem Falle, der so schwer war und für so lange Zeiträume nicht gleichgültig genannt werden.

Baschkopf-Krakau.

- 52) **Über die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan,** von Leredde. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 38.)

Verf. spricht über seine günstigen Erfahrungen mit Salvarsan bei Tabes, die er in vielen französischen Arbeiten publiziert, auch in einem deutschen Fachblatt. Verf. will die Tabes in einer Anzahl von Fällen geheilt, d. h. zum Stillstand gebracht haben. Wenn Syphilidologen dies nicht erreicht haben, so liegt das nach Verf. an den zu schwachen Dosen. Für Verf. ist die Tabes eine syphilitische, keine parasyphilitische Erkrankung. Beweise: Die konstante positive Wassermannsche Reaktion des Blutes und meist auch der Spinalflüssigkeit, das Vorhandensein einer durch die Lymphozytose der Spinalflüssigkeit charakterisierten Meningitis, die den Wurzels- und Spinalerscheinungen vorangeht, endlich die Heilbarkeit durch Antisyphilitika. Salvarsan muß in 4 Dosen, 0,2, 0,4, 0,6 und 0,6, in 8 tägigen Intervallen gegeben werden. Fieber nach der Injektion kommt bei Tabes leicht vor. Schmerzen werden nach der Injektion in der Regel stärker, um dann zu verschwinden. Verf. meint, daß am Beginn einer Tabes alle Symptome, selbst die degenerativen, zum Verschwinden gebracht werden können, er hofft das sogar von der Opticusatrophie. Auch die Sensibilitätsstörungen gingen zurück, ferner die Ataxie und die Blasenstörungen, einmal ein Mal perforant. Rezidive sind nur dann häufig, wenn die angegebene Injektionstechnik nicht genau befolgt wird. „Man kann daher ohne Einschränkung behaupten, daß eine richtige Salvarsanbehandlung, d. h. eine energische und prolongierte, normalerweise den Verlauf der Tabes beeinflußt, ihn in manchen Fällen zum Stillstand bringt, und in anderen Fällen zum Stillstand bringen muß, so daß immer die Behandlung in der Weise durchgeführt werden muß, damit man zu diesem Ziele gelangt.“

Raff-Augsburg.

- 53) **Traitement de la syphilis par de nouveaux dérivés arsenicaux,** par Beurmann, Bonneyrat et Tanon. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 8.)

Die Verff. berichten über chemische, experimentelle und klinische Studien von zwei neuen Arsenderivaten, die sie 1116 und 1151 nennen und die alle Vorzüge des Alt- und Neosalvarsans ohne die Inkonvenienzen und Gefahren derselben zu haben scheinen. Es zeigte sich eine sehr kräftige Wirkung nach Anwendung der Mittel bei Tieren gegen Trypanosomen und Spirillen, beim Menschen als Antisyphilitikum in allen drei Stadien; es tritt keine vasodilatatorische noch neurotrope Wirkung ein. Die Anwendung geschieht intravenös in Dosen von 0,4—0,5 oder höher, die Lösung in destilliertem Wasser mit 1,2% Natr. carbon. geht schnell vor sich und ist haltbar. Die kleinen Ampullen von 1116 sind plaziert in größeren Ampullen mit der Lösungsflüssigkeit, so daß nach Öffnung der ersteren sofort Lösung eintritt. Auch intramuskuläre Injektionen von öligen Suspensionen können gemacht werden, sie erzeugen zwar Schmerzen, aber keine Nekrose.

Paul Cohn-Berlin.

- 54) **Actions des combinaisons arseno-aromatiques (606 et néosalvarsan) sur l'hémoglobine du sang,** par Dalimies. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 27.)

Aus seinen diesbezüglichen Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse: 1. Das 606 scheint keinerlei Einwirkung auf das Hämoglobin auszuüben, weder in vitro noch in vivo. 2. Das Neosalvarsan hat eine sehr bemerkenswerte Wirkung auf das Hämoglobin; in vitro tritt eine Hämolyse in erheb-

lichem Umfange und eine Reduktion des Oxyhämoglobins ein. Es liegt Grund zu der Annahme vor, daß die Gruppe Sulfoxyl, von Ehrlich dem Salvarsan behufs leichterer Löslichkeit beigelegt, chemisch ein aktiver Reduktor ist. In vivo tritt keine Reduktion ein und die Hämolyse ist sehr flüchtig. Dennoch wäre es denkbar, daß bei Individuen mit globulärer Fraktilität und hämolytischem Ikterus immerhin Inkonvenienzen durch Neosalvarsan entstehen können; vielleicht spielen diese Eigenschaften eine Rolle bei den unerwünschten Zufällen nach Neosalvarsan.

Paul Cohn-Berlin.

- 55) **Eine neue Methode der Salvarsananwendung**, von Sterling und Jer-mutowicz. (Med. i Kronika lekarska. 1912. H. 40.)

Die neue Methode beruht auf Eingießung einer wäßrigen Salvarsanlösung in den Mastdarm. Die Flüssigkeit rinnt aus dem näher beschriebenen Apparat mit beliebiger Schnelligkeit unter geringem Druck heraus. Die Art der Reaktion der Lösung hatte auf die Heilerfolge der Verf. keinen Einfluß. Sie versuchten diese Behandlungsart bisher an sieben mit sekundärer Lues und zwei mit tertiärer Lues behafteten Patienten, wobei sie keine lokale Behandlung anwendeten. Die — nicht immer gleichen — Erfolge sind jedoch nach Ansicht der Verf. dennoch ermunternd. Obwohl sie größere Salvarsandosen anwenden mußten, rühmen sie dennoch die Schmerzlosigkeit der Methode, die technische Leichtigkeit ihrer Ausführung und die Möglichkeit der Salvarsananwendung auch bei solchen Patienten, bei welchen die intravenöse Infusion nicht angezeigt ist, endlich das Fehlen jedweder Nebenerscheinungen.

Baschkopf-Krakau.

- 56) **Salvarsan und Nervensystem**, von E. Mattauschek. (Mediz. Klinik. 1913. Nr. 14.)

In der Form eines klinischen Vortrags werden die wichtigsten Nebenerscheinungen im Bereich der Nervensphäre nach Salvarsaninfusionen besprochen, wie das Auftreten von Neurorezidiven, epileptischen Anfällen, Psychosen und die vereinzelt Todesfälle, die kaum anders als Salvarsanschäden, vielleicht toxischer Art angesprochen werden müssen. Es folgt eine Erörterung über das Anwendungsgebiet des Salvarsans bei den echtluetischen Erkrankungen des Nervensystems im Frühstadium, ferner bei Lues cerebrospinalis, Tabes und progressive Paralyse, als deren Ergebnis die Anwendung des Salvarsans als vorzügliches Heilmittels bei sachgemäßer Auswahl der Fälle und entsprechender Methodik empfohlen wird.

Biberstein-Gleiwitz.

- 57) **Zur Technik der Salvarsantherapie**, von K. Finckh. (Medizin. Klinik. 1913. Nr. 13.)

An Stelle der Salvarsaninfusionen mittels des nicht einwandfrei sterilisierbaren Gummischlauches empfiehlt Verf. die Injektion von 1%igen Salvarsanlösungen in die Vene mittels Rekordspritze.

Biberstein-Gleiwitz.

- 58) **Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder**, von Marie Holth. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

An neun mitgeteilten Fällen zeigt die Verfasserin einen günstigen Einfluß der Salvarsanbehandlung der syphilitischen Mütter auf die Vitalität der Kinder, die ausgetragen und zum größten Teil symptomfrei sind. Schourp-Danzig.

- 59) **Kombinierte (Salvarsan-Quecksilber-)Behandlung der Lues**, von Gustav Stümpke. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 9.)

Verf. hebt die Überlegenheit der kombinierten Salvarsan-Quecksilbertherapie hervor und betont das überraschend günstige Resultat auch in jenen Fällen, die mit Salvarsan allein — aus der Anfangszeit — behandelt waren,

und zwar auch bei der Anwendung intramuskulärer Methoden; Rezidive wurden sowohl nach Salvarsan allein, als auch bei kombinierter Salvarsan-Quecksilbertherapie beobachtet.

Schourp-Danzig.

- 60) **Salvarsanikterus**, von H. Vogt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Bei einem 9jährigen Jungen entwickelte sich nach rektaler Einführung von Salvarsan ein hochgradiger Ikterus. Möglicherweise war eine individuelle Überempfindlichkeit im Spiel. Um Schädigungen zu vermeiden, sollte der eigentlichen Salvarsanbehandlung eine kleine Probedosis vorangeschickt werden.

Schourp-Danzig.

- 61) **7 Fälle von Reinfectio syphilitica und Betrachtungen über schwere Salvarsanintoxikationen**, von Antoni. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

An dem Krankenmaterial des Marinelazarets Kiel-Wiek wurden im letzten Jahre sieben sichere Reinfektionen nach kombinierter Salvarsan-Kalomelanbehandlung beobachtet. In einem Falle schwankte die Diagnose zwischen Reinfektion und Reinduration. Letztere erschien jedoch wegen des Sitzes des Schankers und wegen eines Behandlungsmaßes, das nicht vollkommen den Anforderungen des Verfassers entsprach, als die wahrscheinlichere. In einem 9. Falle, der früher mit Hg behandelt war, erfolgte Reinfektio nach provokatorischer Salvarsanbehandlung. Während dieser dem Stadium der Lues latens angehörte, betrafen die anderen 7 Reinfektionen frische Primär- und Sekundärsyphilis. Die Anzahl der bisher beobachteten Reinfektionen übertrifft die der beobachteten Neurorezidive (sechs, davon zwei Fälle nur mit Kopfschmerzen und positivem Lumbalbefund). Die Wechselmannschen Untersuchungen über Salvarsantod weisen darauf hin, daß bei der neuen Syphilisbehandlung dem Zustande der Nieren dauernde größte Aufmerksamkeit zuzuwenden ist. Die As-Komponente des Salvarsans führt bei individuell zu hoher Dosis zur Anurie und Salvarsanretention mit ihren tödlichen Folgen. Die Gefahr liegt aber schwerlich in der Kombinationsbehandlung, vielmehr in der Überschreitung der individuell erträglichen Salvarsaneinzeldosis. Bei kräftigen Individuen soll daher eine Einzeldosis von 0,5 Salvarsan nicht überschritten werden.

Schourp-Danzig.

- 62) **Über den therapeutischen Wert des Salvarsans**, von Trzeiński. (Medycyna i Kron. lek. 1912. H. 42 u. 43.)

30jährige Beobachtung der Lues berechtigt Verf. zur Abgabe eines Gutachtens über Salvarsan im Vergleich mit den bisherigen Behandlungsmethoden mittels Hg und J. Er gelangt zur Ansicht, daß vorderhand das Salvarsan nicht Hg und J verdrängen kann, und daß es diese bestenfalls nur vervollständigen kann. Über dessen Wirkung auf Entfernung kann schon wegen der kurzen Beobachtungszeit nichts Bestimmtes gesagt werden. Angesichts der Häufigkeit und Schwere der Rezidive, insbesondere der gefährdrohenden Erscheinungen seitens des Gehirns, Rückenmarks und Auges, also der edelsten Organe, betrachtet Verf. die intravenösen Salvarsaninfusionen serienweise für schädlich und zwecklos, dafür empfiehlt er die abwechselungsweise Anwendung des Salvarsans und der Hg- bzw. J-Präparate. Übrigens befolgt Verf. schon gleich bei Beginn der Behandlung diesen Vorgang, weil die erste Behandlung dem weiteren Verlauf des Krankheitsprozesses eine desto günstigere Richtung verleiht, je energischer sie war.

Baschkopf-Krakau.

- 63) **Sur l'interprétation des lois de l'hérédosyphilis**, par Carle. (Annales de dermatologie. 1912. Nr. 4.)

Verf. hat schon 1906 in seinem mit Augagneur verfaßten Buche behauptet, daß beim Collesschen Gesetz die mütterliche Immunität nur von einer vom Vater akquirierten latenten Lues stammt, deren Symptome — wie so häufig — übersehen wurden. Diese Ansicht hat sich, bestätigt durch die Wassermann-Reaktion, in Deutschland schon Bahn gebrochen, während sie in Frankreich, wie Verf. klagt, sich noch nicht durchgesetzt hat. (Übrigens hat schon Fournier in seinem in den 90er Jahren des verfloßenen Jahrhunderts erschienenen Werk: „Die Vererbung der Syphilis“, die Ansicht geäußert, daß die betreffenden Frauen syphilitisch und deshalb immun seien. Ref.) Auch das Gesetz von Profeta, das ja nie so recht anerkannt war, verwirft Verf., wie auch andere Autoren; auch hier hat die Wassermann-Reaktion gezeigt, daß die anscheinend immunen Kinder latent-syphilitisch sind. Die meisten neugeborenen Kinder syphilitischer Mütter sind nicht immunisiert, sondern infiziert. Die meisten zeigen in den beiden ersten Lebensmonaten Sekundärererscheinungen, andere in späterer Zeit in Form von tertiären Symptomen oder auch als Syphilis hereditaria tarda. Als „tarda“ kann man in solchen Fällen, meint Verf., nur die Diagnose bezeichnen. Außerhalb dieser Periode erscheinen diese Kinder gesund und können dann im entsprechenden Alter recht wohl einen Primäraffekt akquirieren oder auch, wenn sie Glück haben, der syphilitischen Infektion entgehen, ohne aber deshalb immunisiert zu sein. Die Infektion der Mutter vom Fötus her, der „Choc en retour“, wird vom Verf. ebenfalls bestritten. Das Fehlen eines Primäraffektes beweist absolut nichts, da es ja allgemein bekannt ist, wie oft er nicht beobachtet bzw. übersehen wird. Ferner spricht dagegen die Seltenheit einer rein internen Syphilis. In zweifelhaften Fällen war bei der Frau stets wieder die Wassermann-Reaktion positiv.

Raff-Augsburg.

- 64) **Traitement de la syphilis par les injections endoveineuses d'énésol**, par M. Agamemnone. (Annales d. Laborat. clin. 1912. Nr. 6.)

Zur kombinierten Arsenquecksilberbehandlung empfiehlt Verf. als ganz besonders geeignetes Mittel das Enesol, ein Salizylat von As und Hg, das ihm in den verschiedensten Stadien der Syphilis ausgezeichnete Erfolge zeitigte. Dem Märchen von der fast tödlichen Gefährlichkeit solcher Verbindungen tritt Verf. mit Tierexperimenten und klinischen Berichten entgegen, die beweisen, daß das Enesol auch in ansteigenden Dosen niemals gefahrdrohend wirkte. Kleinere schädliche Nebenwirkungen auf Magen, Darm, sowie Müdigkeit oder Kopfweh hören sogleich nach Aussetzen des Mittels auf, da dasselbe ungemein schnell ausgeschieden wird. Die Elimination durch Urin erfolgt beim Arsen schneller und dennoch andauernder als beim Quecksilber, nach intravenöser Einführung schneller als nach intramuskulärer, nach kleinen Dosen rapid. Man erzielt also intensive Wirkung mit intravenösen, Dauerwirkung mit intramuskulären Injektionen. Einer genauen Beschreibung der Injektionstechnik fügt Verf. einige Krankengeschichten bei: Zugleich mit dem Verschwinden der Krankheitsercheinungen wurde die Wassermann-Reaktion schnell negativ.

J.

- 65) **Anfänge der Syphilisbeobachtung und Syphilisprophylaxe zu Frankfurt a/M. 1496—1502**, von K. Sudhoff. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Februar.)

Mitteilungen aus den offiziellen Akten des Bürgermeisterbuches und aus

verschiedenen Tagebüchern usw. über das Auftreten der Syphilis und deren Bekämpfung. Immerwahr-Berlin.

- 66) **Welche Bedeutung hat der „Mal franzoso“ in Italien in der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts für die Ansicht vom amerikanischen Ursprung der Syphilis?** von P. Richter. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Jan.)

Verf. spricht sich gegenüber Sudhoff für den amerikanischen Ursprung der Syphilis aus. Mit vollem Rechte hat aber Sudhoff der Legende von der großen Syphilisepidemie, welche sich an die „Belagerung“ von Neapel angeschlossen haben soll, ein Ende gemacht. Bei dem „Mal franzoso“ aus der ersten Hälfte des 15. Jahrhunderts scheint es sich um Harnsäurekonkremente in Niere, Blase und Harnröhre und um Tripper gehandelt zu haben. Immerwahr-Berlin.

- 67) **Sulla cura del sifiloma iniziale**, per E. Bizzozero. (Il Policlinico. Rom 1912.)

Das Hectin, ein Arsenpräparat, erzielte bei syphilitischen Primäraffekten in 2—16 Tagen Reinigung des Geschwürsgrundes, gesunde Granulation und Überhäutung. Die Heilwirkung war schneller bei kürzerem Bestehen und geringerer Ausdehnung des Schankers. Außer einem leichten Brennen, das nach kalten Kompressen nachließ, und vorübergehendem Ödem war keine Nebenwirkung zu verzeichnen. Bei sehr tiefer Induration ist das Schmerzgefühl etwas stärker. Nekrotische Punkte hindern natürlich die Restitutio ad integrum. Das Präparat wurde in der Nähe des Syphiloms in Dosen von 5—10 cg, 3—5 mal, entweder jeden 2. Tag oder auch an jedem Tage einmal injiziert. Auf die sekundären Erscheinungen übte das Mittel in dieser Dosis keinen Einfluß aus. J.

- 68) **Über die Wirkung von intravenösen Infusionen von Aurum, Kal. cyanat. (Merck) bei äußerer Tuberkulose und Lues**, von Bruck und Glück. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Im Hinblick auf den Erfolg der Chemotherapie Ehrlichs haben die Verf. auf eine Anregung Kochs im Jahre 1890 zurückgegriffen, der Zyangold als bestes Desinfiziens für Tuberkelbazillen bezeichnete. Bei Versuchen an Kaninchen wurde 0,001 pro Kilogramm Körpergewicht als unschädliche Dosis gefunden; und zwar bei intravenöser Injektion. Die Verf. haben bloß Lupus behandelt, und zwar Erwachsene mit Dosen von 0,02—0,05, jeden 2.—3. Tag, im ganzen 12 Injektionen, Kinder von 6—14 Jahren 0,005—0,03 pro dosi, jeden 2.—3. Tag, ebenfalls im ganzen 12 Injektionen. Schädigungen treten nicht auf. Die lupösen Infiltrationen zeigten eine lokale Reaktion, therapeutisch ließ sich ein Abblassen und ein Rückgang der Infiltration wahrnehmen. Noch besser war der Erfolg, wenn vor der Injektion Tuberkulin gegeben wurde und dann auf der Höhe der Reaktion Zyangold. Auch bei Lues wurde das Mittel mit gutem Erfolg angewendet; wenn es auch nicht an das Salvarsan heranreicht, so hat es doch die Wirkung eines starken Hg-Präparates. Nur bei tertiärer Lues ist es ebenso prompt wirksam wie Salvarsan. Die Verf. fordern zu weiteren Versuchen auf. Raff-Augsburg.

- 69) **Zur Bewertung der internen Hg-Darreichung**, von Polland. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Verf. empfiehlt ein neues Hg-Präparat, das Merjodin; 150—200 Pastillen sollen einer leichten Schmierkur entsprechen; es wird gut resorbiert ohne zu reizen. Raff-Augsburg.

- 70) **Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), einem molekular zerstäubten Quecksilber**, von Klaussner. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Das Präparat wurde von Richter-Plauen eingeführt; es gelang ihm, metallisches Hg so fein zu verteilen, daß die Größe der Hg-Teilchen bis unter Kokkengröße gebracht werden konnte; die hergestellte wäßrige Lösung stellt eine Soziodol-Chinin-Salizylverbindung dar. Sie wird direkt aus der Ampulle aufgesogen und intramuskulär in die Nates injiziert. Die Wirkung ist auf alle Syphiliserscheinungen ausgezeichnet, Nebenwirkungen traten, nachdem die Herstellung des Präparates verbessert ist, nicht mehr auf. Die Injektion ist schmerzlos, verursacht keine Infiltration. Verf. bezeichnet auf Grund von 250 behandelten Fällen das Kontraluesin als ein vorzügliches Antisyphilitikum.

Raff-Augsburg.

- 71) **Die syphilitische Aortenerkrankung**, von Oberndorfer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Verf. betont, daß die obengenannte Erkrankung an Häufigkeit in München zugenommen hat; er hat unter 1436 Sektionen 99 Fälle, d. i. 6,8% gefunden. Die Erkrankung beginnt oberhalb der Aortenklappen mit weißen polsterartigen Verdickungen, die sich verdünnen bis die Aorta welk und runzlig und ganz verdünnt wird und es zur Aneurysmenbildung kommt. Undeutlicher wird das Bild, wenn sich eine kalkulöse Atherosklerose dazugesellt. Der Prozeß kann sich häufig bis in die Aorta thoracica erstrecken, aber auch die Klappen selbst befallen; sie werden in ihrer Bewegung beeinträchtigt, da bei der Erweiterung des Aortenrohres die Ansatzlinie der Klappen auseinander rücken muß. Freilich werden auch die Ostien der Koronargefäße verlegt. Das mikroskopische Bild zeigt anfangs in der Adventitia starke Rundzelleninfiltrate, welche die Vasa vasorum schädigen können. Mit letzteren dringt der Prozeß in die Media vor, manchmal auch in die Intima. Mit dem zunehmenden Alter des Prozesses entsteht allmählich Narbengewebe; es schwindet die Widerstandskraft der Gefäßwand und durch den Blutdruck kann es zur Aneurysmabildung kommen. Die klinischen Erscheinungen sind oft gering; in 40 Fällen von 99 war dieluetische Aortitis Nebenbefund bei der Sektion. Die subjektiven Beschwerden zu Lebzeiten waren Atembeschwerden, Herzklopfen, Schmerzen auf der Brust, sie boten Ähnlichkeit mit der Angina pectoris. Ein Teil der Beschwerden ist auf Verlegung der Koronarostien zurückzuführen, vielleicht auf die Verengung der Abgänge der Interkostalarterien. Nicht selten war der Tod plötzlich eingetreten. Linksseitige Herzhypertrophie fand sich nicht selten. Von großer Bedeutung kann das Röntgenbild werden, besonders aber die Wassermann-Reaktion, letztere sollte bei jedem Fall von Herzbeschwerden gemacht werden. Die Erkrankung tritt 2—20 Jahre nach der Infektion auf; Anamnese war in Verf.'s Fällen meist negativ, Behandlung war stets ungenügend gewesen. Die Möglichkeit völliger Heilung folgt auch aus dem mikroskopischen Bild und Weintraud hat 26 Fälle von klinischer Heilung durch Salvarsan veröffentlicht. Diese Erfahrungen geben für die Bekämpfung der besonders im kräftigsten Lebensalter erschreckend häufigen Erkrankung gute Aussichten.

Raff-Augsburg.

- 72) **Über eine seltene Form von sekundärer Lues (Syphilis cutanea verrucosa)**, von Demjanowitsch. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. März.)

Der Fall des Verf.'s stellt eine sehr seltene Form von Hautveränderungen im sekundären Stadium der Syphilis dar. Histologisch zeigte derselbe außer

Wucherung der Hautpapillen und Hyperkeratose die der Syphilis eigene Zellinfiltration mit Plasmazellen als Hauptbestandteil und die bei Syphilis gewöhnlichen Veränderungen der Blutgefäße. In den nach Levaditi bearbeiteten Präparaten fanden sich *Spirochaetae pallidae* in reichlicher Menge. Die von A. Lanz für diese Form vorgeschlagene Bezeichnung Syphilis cutanea verrucosa hebt das am meisten in die Augen springende Symptom, den warzenförmigen Charakter des Ausschlages ausdrücklich hervor. Immerwahr-Berlin

- 73) **Zur Infektiosität der latenten Lues**, von M. Müller. (Med. Klinik 1913. Nr. 9.)

Die Ausführungen erweisen, daß auch eine symptomfreie Lues in viel häufigerer Weise, als gemeinhin angenommen wird, infizieren kann.

Biberstein-Gleiwitz.

- 74) **Zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion und Vermeidung divergenter Resultate**, von Fr. Lesser. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. März.)

Was die bisher angegebenen Verfeinerungen der Wassermann-Reaktion anbetrifft, so verhält sich Verf. allen Methoden gegenüber ablehnend, die mehr positive Reaktionen dadurch herauszuarbeiten suchen, daß der Ausfall der Reaktionen bei allen zur Untersuchung kommenden Seren in gleicher Weise nach der positiven, d. h. die Hämolyse hemmenden Seite hin verstärkt wird. Alle diese Verfeinerungsmethoden schränken die physiologische Breite, die beim Arbeiten nach der Originalvorschrift ohnehin schon gering ist noch weiter ein, so daß positive Reaktionen bei Nichtsyphilitischen unausbleiblich sind. Nur die Verfeinerungen haben sich als wertvoll erwiesen, welche den individuellen Eigenschaften der einzelnen Seren Rechnung tragen und dadurch die Spezifität der Reaktion erhöhen. Diese beiden Bedingungen werden durch die vom Verf. empfohlenen zwei Kontrollen bei unklaren Ausfällen der Reaktion, nämlich die Normalambozeptorkontrolle und die aktive Serumkontrolle erfüllt.

Immerwahr-Berlin.

- 75) **Die paradoxe Wassermann-Reaktion**, von Torday. (Pester medizinisch-chirurgische Presse. 1913. Nr. 12.)

Unter paradoxer Wassermann-Reaktion versteht man die Erscheinung, daß ein steril aufbewahrtes Serum bei einer zweiten Untersuchung ein anderes Resultat ergibt, als bei der ersten vor wenigen Tagen vorgenommenen. Die Reaktion wird entweder aus positiv negativ, oder was bei Seren mitluetischer Anamnese häufiger, aus negativ positiv. Verf. beleuchtet alle Faktoren, die diese Erscheinungen hervorrufen können, aus denen wieder hervorgeht, wie unendlich schwierig eine einwandfreie Wassermann-Reaktion technisch durchzuführen ist.

Conr. Siebert-Charlottenburg.

- 76) **Über die Behandlung der Lues des Nervensystems**, von Krańskij. (Przegląd Lekarski. 1913. Nr. 8.)

Verf., der Anhänger einer energischen spezifischen Behandlung ist, stellt sich nie mit Anwendung eines oder zweier Mittel zufrieden, sondern empfiehlt in jedem Falle möglichst alles, was bei Lues angewendet werden kann, also Arsenobenzol, Hektin, Nukleinpräparate, Lezithin, selbstverständlich J und Hg, manchmal auch Tuberkulin; besonders J- und Hg-Dosen müssen groß sein. Nach Verf. Ansicht existiert Parasyphilis nicht; die pathologisch-anatomischen Untersuchungen bestätigten die Anwesenheit der *Spirochaete pallida* in dem Gewebe der Blutgefäße, in Fällen der progressiven Paralyse, sowie Tabes. Es soll daher jener eingefleischte Pessimismus der Ärzte bekämpft werden bezüglich der Prognose. Im allgemeinen darf nie in sämtlichen Er-

krankungen des Nervensystems auf luetischer Basis vorausgeurteilt werden, ob und welche Funktionen des Nervensystems durch spezifische Behandlung gerettet werden können. In einer ganzen Reihe vom Verf. beobachteter Fälle wurden nach energischer kombinierter Behandlung zufriedenstellende, manchmal sogar überraschende Erfolge erzielt; manche, wie es schien, ganz geschwundene Funktionen des Nervengewebes kehrten allmählich zurück. Baschkopf-Krakau.

- 77) **Syphilis broncho-pulmonaire confondue avec un cancer médiastin**, par Beusande et Emery. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 5.)

Bei einem 49jährigen Patienten, der seit längerer Zeit an Dyspnoe, Suffokationszuständen, starkem Husten mit purulenter Exspektoration litt, war von mehreren Seiten Lungenkarzinom diagnostiziert worden; es fand sich subklavikuläre Adenopathie, Dämpfung der unteren rechten Lungenpartie, Fieber; im Auswurf keine Tuberkelbazillen; Röntgen ergab einen dreieckigen Schatten, der Patient hatte 20 kg Gewichtsverlust. Bei genauerer Untersuchung fand sich im retropharyngealen Raum ein fünf frankstückgroßes Gumma, Wassermann war positiv. Die Behandlung mit Quecksilber war erfolglos, Hektin führte etwas Besserung herbei, nach Ehrlich-Hata trat eine explosionsartige Heilung ein, auch der Röntgenshatten war verschwunden. Paul Cohn-Berlin.

- 78) **Über die Wirkung des atoxylsauren Quecksilbers bei der menschlichen Syphilis**, von G. Hügel. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Verf. verwandte in 30 Fällen von Syphilis in allen Stadien das von den Vereinigten chemischen Werken in Charlottenburg hergestellte Hg-Atoxyl. Dem Mittel kommt eine sehr gute Heilwirkung zu; seine Anwendung empfiehlt Verf. in den Fällen, wo das Quecksilber versagt. Es ist aber — wie alle organischen Arsenverbindungen — mit Vorsicht anzuwenden, da es ebenso wie das Salvarsan, wenn auch selten, schwere Intoxikationen hervorrufen kann. Unter seinen 30 Fällen sah Verf. einen, der nach der dritten Hg-Atoxyl-Injektion einen schweren Herzkollaps erlitt.

Schourp-Danzig.

- 79) **Über den Nachweis von Syphilisspirochäten in der Hirnrinde bei Dementia paralytica durch H. Noguchi**, von E. Hoffmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Noguchi ist es gelungen, bei 14 von 71 Fällen von Dementia paralytica zahlreiche Spirochäten im Hirn durch Versilberung darzustellen. Verf. bestätigt, daß es sich wirklich um Spirochäten und nicht um Pseudospirochäten handelt.

Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 80) **Kapseln für permanente Blasen fisteln und zur Nachbehandlung von Prostatektomierten**, von E. Wossidlo. (Med. Klinik. 1913. Nr. 4.)

Die bisher im Gebrauch gewesenen Apparate litten unter mannigfachen Nachteilen, wie dem ungenügenden Abschluß gegen hervorsickernden Urin und der Unmöglichkeit die Kapseln auszukochen. Diese Nachteile sind in den vom Verf. konstruierten Urinalen vermieden, die sich in monatelanger Anwendung bewährten.

Biberstein-Gleiwitz.

- 81) **La cystoradiographie**, par Legueu, Papin et Maingot. (Journ. d'Urologie. 1912. S. 749).

Die Verff. haben zuerst 10%iges Wismutwasser zur Differenzierung der Blase bei Radiographie benutzt, sind aber davon abgekommen, weil das Wismut sich absetzt und so undeutliche Bilder gibt; sie benutzen jetzt aus-

schließlich 2—8%ige Kollargollösungen zur Füllung der Blase. Sie machten folgende Feststellungen: 1. Die normale Blase hat bei mittlerer Füllung eine verschiedene Form, je nachdem der Mensch steht oder liegt. Die Blase des Weibes ist im allgemeinen mehr breit als hoch, pilzförmig, die des Mannes höher als breit, birnförmig. Die Umrisse der Blase sind beim Manne fest, glatt, beim Weibe wellig, gebuchtet, schwankend. 2. Divertikel der Blase sind durch die Radiographie vorzüglich zur Anschauung zu bringen (ein Fall, 72jähriger Mann). 3. Geschwülste der Blase können, besonders wenn sie sehr groß sind, durch die Schattenausspannung nach Kollargolfüllung genauer umgrenzt werden als durch Kystoskopie (ein Fall). 4. Bei Prostatahypertrophie gab die Kollargolfüllung kein gutes Bild. 5. Blasensteine sind, außer bei Kindern, kein geeignetes Objekt für die Röntgenplatte. 6. Nach Prostatektomie sieht man zuweilen den Platz, wo die exstirpierte Prostata gesessen hatte, als Anhangsschatten am unteren Rand des Blasenschattens.

Goldberg-Cöln-Wildungen.

82) **Ein Fall von Orchitis et epididymitis parotidea bei einem Säugling,**
von L. Manasse. (Deutsche med. Presse. 1912. Nr. 17.)

Die Beteiligung des Hodens bei Parotitis epidemica kommt im allgemeinen nur im geschlechtsreifen Alter vor, ganz vereinzelt ist sie aber auch im Kindesalter beschrieben, so von Barthez und Samé, Fabre, Baum und Naumann bei 8, 9, 10 und 12jährigen Knaben. Als Unikum ist Steiners Beobachtung der Orchitis parotidea bei einem Säugling zu betrachten. Ein Analogon ist der Fall des Verf.'s: Ein 6 Monate altes kräftiges Brustkind zeigt nach 24stündigem Prodromalstadium eine leicht blaurote Skrotalhälfte, dessen Inhalt in einen taubeneigroßen, derben, augenscheinlich dauernd schmerzhaften Tumor verwandelt ist. Inguinaldrüsen unverändert. Nach Prießnitz schneller Rückgang aller Erscheinungen, die harten Hoden und Nebenhoden lassen sich jetzt deutlich gegeneinander abgrenzen, nach 8 Tagen ist nur eine kaum merkbare Verdickung zu konstatieren. Beim Forschen nach der Ätiologie des Leidens läßt sich nur feststellen, daß im Hause eine kleine Mumps-epidemie herrscht; der Vater des kleinen Patienten bekommt nach 16 Tagen ebenfalls einen leichten Mumpsanfall. Per exclusionem spricht Verf. seinen Fall als Orchitis und Epididymitis parotidea an, womit er wohl das richtige trifft. Die Frage seiner Entstehung, wie die des Mumps überhaupt, bleibt ungelöst, was ja auch erst nach Entdeckung des Erregers der Erkrankung möglich sein wird. Verf. gibt hierzu aber einen sehr zu beachtenden Wink, indem er auf die bakteriologische Untersuchung des Blutes und der Hodenpunktionsflüssigkeit hinweist, da eine sterile Speichelentnahme aus dem Ductus Stenonianus wohl schwer möglich ist.

Klokoew-Berlin.

83) **Des troubles vésicaux dans le cancer du col de l'utérus,** par Hartmann. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 12.)

Verf. weist darauf hin, daß bei Karzinom des Collum uteri sehr häufig Blasenstörungen vorhanden sind und daß eine genaue Zystoskopie unter Umständen gute Aufschlüsse über den Umfang des Leidens geben kann. Unter 26 Kranken waren 19 mal Störungen der Harnentleerung vorhanden; die Zystoskopie ergab bald einfache Schwellung der Fundusschleimhaut, bald dazu eine stärkere Vaskularisation, bald Ödem, bald Ulzerationen; manchmal kann man den Durchbruch des Neoplasmas beobachten. Die Erfahrung lehrt, daß wenn nur die Schwellung der Schleimhaut vorhanden ist, die Operation möglich erscheint, sonst ist sie kontraindiziert.

Paul Cohn-Berlin.

- 84) **Zur Behandlung der paroxysmalen Hämoglobinurie**, von J. Pringsheim. (Med. Klinik. 1913. Nr. 7.)

Therapeutische Versuche mit intramuskulären Injektionen von 10%iger Cholesterinemulsion ergaben, daß sich der hämoglobinurische Anfall durch Cholesterin koupieren läßt. Die serologische Untersuchung konnte keine Veränderung der hämolytischen Kraft des Serums und der Resistenz der Erythrozyten nachweisen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 85) **Pollakiurie symptomatique d'étroitesse congénital du méat urétral chez un adulte**, par Ducastaing. (Journ. d'Urologie. I. 1913. S. 61.)

Die kongenitale Striktur des 23jährigen Patienten hatte die Eigentümlichkeit, daß sie eine zirkuläre manschettenförmige Falte bildete, und daß sie nicht zu den gewöhnlichen Folgen der Striktur, Erschwerung und Verhinderung der Harnentleerung, sondern lediglich zu einer Pollakiurie Anlaß gab; die Pollakiurie wurde durch eine Dilatationskur geheilt. Goldberg-Wildungen.

- 86) **Incontinence nocturne d'urine d'origine gastrohépatique**, par Collin. (Journ. d'Urologie. I. 1913. S. 35.)

Von den Bettnässern ist ein Teil überlange infantil, insbesondere die Entwicklung des zerebrospinalen Systems ist zurückgeblieben, ein Teil leidet an konstitutioneller Überempfindlichkeit gegen jede Art von Reiz. Es gibt aber auch solche, bei welchen eine gastrointestinale Affektion die Hilfsursache des Bettnässens bildet. Solche Kinder waren bereits mehrere Jahre trocken, als sie wieder anfangen das Bett zu nassen. Nicht alle Nächte passiert das; gute und schlechte Perioden wechseln ab. Bei Tage sind sie vollständig kontinent; ihr Schlaf ist ungewöhnlich fest. Durchfall und Verstopfung wechseln ab, der Stuhl ist massenhaft und stark zersetzt, der Leib aufgetrieben, Winde sehr reichlich, der Appetit stark. Gelingt es, durch Abführmittel, strenge, knappe Milchschleimdiät die gastrointestinalen Gärungen zu heilen, so schwindet auch die Enuresis. Die Auseinandersetzungen des Verf.'s über den Anteil des abnorm tiefen Schlafes und der psychopathischen Konstitution und Heredität an der Entstehung des Bettnässens lassen sich in Kürze nicht wiedergeben.

Goldberg-Wildungen.

- 87) I. **Sur un cas de mort par embolie gazeuse à la suite d'une injection d'air dans la vessie**, par Nicolich. — II. **Un cas de mort par embolie gazeuse au cours d'une prostatectomie**, par Marion. (Journ. d'Urologie. I. 1913. S. 45 u. 47.)

In beiden Fällen erfolgte der Tod unter Zyanose und Herzshock unmittelbar und plötzlich nach Einspritzung von Luft in die noch geschlossene Blase; in beiden Fällen konnte bei der Sektion die Luft in den großen Venen und im rechten Herzen nachgewiesen werden; die Eintrittsstelle liegt wahrscheinlich in Venen der Blase. Man wird hiernach die Luftfüllung der Blase wohl aufgeben; sie wird ja auch zwecks Kystoskopie und Radiographie noch hier und da empfohlen.

Goldberg-Wildungen.

- 88) **Ulcère simple perforant de la vessie**, par Lefèvre. (Journ. d'Urologie. I. 1913. S. 51.)

Eine 58jährige Frau erkrankte 2 Monate nach der Operation eines eingeklemmten Schenkelbruchs, als man sie gerade geheilt entlassen hatte, plötzlich an Harnverhaltung, Meteorismus, Herzschwäche. Trotz Katheterismus und trotzdem der Harn ganz normal ist, verschlimmern sich die abdominalen und allgemeinen Symptome; Erbrechen, Myoglobinurie, Hämaturie lassen eine Urämie vermuten; die Patientin stirbt 3 Tage nach Beginn der Symptome.

dem Eintritt der Verhaltung. Bei der Sektion findet man die Harnorgane, die Genitalien und das Peritoneum gesund; die Harnblase an der Hinterwand, nahe dem Scheitel, in der Mittellinie, ins Bauchfell hinein perforiert, die Bauchhöhle mit Urin gefüllt. Die Blasenwand war im ganzen ungewöhnlich dünn; das Ulcus, ein sogen. Ulcus simplex, ohne Tuberkulose, ohne Karzinose, nur Nekrose und Hämorrhagie in Mucosa und Musculosa am Rand des Ulcus und muskuläre Atrophie in der übrigen Blase. Bisher sind nach Verf. solche Fälle niemals in vivo erkannt worden; würde man daran denken, so könnten die sonst unrettbar verlorenen Patienten gerettet werden: akute Harnverhaltung, ohne Harndrang, ohne Bildung einer deutlichen suprasymphysären Geschwulst, Mangel der Kontraktilität der Blase beim Katheterismus, ein Erguß in die Bauchhöhle, der durch Katheterismus abnimmt, in den Pausen zunimmt, die Koinzidenz einer plötzlich eintretenden kompletten Harnverhaltung mit plötzlich eintretender Bauchfellreizung — dieses Symptomenbild begründet den Verdacht einer intraperitonealen Spontanruptur der Harnblase. Goldberg-Wildungen.

89) **Ein Fall von Prolaps des Ureters in die Harnblase**, von Zdanowicz. (Przegląd Lekarski. 1913. Nr. 19.)

Nur drei solcher Fälle konnte Verf. in der Literatur finden. Seine Beobachtung betrifft eine 25jährige Frau; vor 6 Jahren schwere Geburt und beiderseitige Pyelonephritis. Gegenwärtig heftige Schmerzen in der suprainguinalen Gegend. Zystoskopische Diagnose. Vermittelt des in den Harnleiter eingeführten Katheters konnte die Schleimhaut reponiert werden. Den Harnleitervorfall unterscheidet Verf. von der Hypertrophie des Ureterenausmündung und Ureterokele, weil für letztere Ansammlung der Flüssigkeit im vesikulären Abschnitte des Harnleiters charakteristisch ist. Die Ursache des beschriebenen Leidens sieht Verf. in der schweren Geburt. Die Behandlung war gegen die Pyelonephritis gerichtet: Irrigation der Nierenbecken mit Lapislösung, welcher der Abfluß längs der Ureter ermöglicht wurde. Verf. ist gegen eine Operation.

Baschkopf-Krakau.

90) **Eine besondere sexuelle Neurasthenie in reiferem Alter**, von C. Hudovcic. (Med. Klinik. 1913. Nr. 13.)

Schilderung eines sexualneurasthenischen Zustandes, der sich in typischer Art bei Männern reiferen Alters findet, die vor dem Abschluß einer erst spät geplanten Ehe ein mangelndes Vertrauen in ihre sexuellen Fähigkeiten und in der Folge eine generalisierte Cerebrasthenie verlangen. Die stets zur Heilung führende Therapie besteht in der Aufklärung über die Krankheitsgenese. Differentialdiagnostisch kommen die organischen Nervenleiden, in deren Anfangsstadien neurasthenische Beschwerden vorherrschen, ferner die frühzeitige Arteriosklerose und das Climacterium virile in Betracht. Biberstein-Gleiwitz.

91) **Über Alkalibehandlung der Albuminurien**, von W. Weiland. (Med. Klinik. 1913. Nr. 13.)

Es besteht keine kausale Beziehung zwischen Alkalitherapie und Verminderung der Albuminurie. Der Einfluß der ersteren äußert sich in einer Wasserretention und in Störungen der Ausscheidung anderer Stoffe, so daß Ödembildung und urämische Symptome die Folge sein können.

Biberstein-Gleiwitz.

III. Bibliographie.

Sabouraud, *Entretiens dermatologiques à l'école Lailier*. (Paris, Doin, 1913. 9 Pres.) — In diesem Buche sind eine Anzahl in den letzten Jahren veröffent-

lichter Arbeiten zusammengefaßt, welche den wöchentlichen Unterrichtskursen im Hospital Saint Louis entstammten. Es handelt sich hier nicht um eine dermatologische Enzyklopädie, sondern im Gegenteil, es sind gerade die gewöhnlichsten und am häufigsten vorkommenden Krankheitsfälle eingehend erörtert. Aber gerade darum hat das Buch seinen hohen Reiz nicht nur für den Spezialisten, sondern erst recht für den praktischen Arzt. In 7 Kapiteln werden die Seborrhoe, die Haarerkrankungen, parasitäre Hauterkrankungen, Pyodermiden, Prurigo, dermatologische und chirurgische Therapie besprochen. Die glänzende Diktion, die wir an Sabouraud gewohnt sind und stets aufs neue bewundern, wird wesentlich durch 49 Figuren im Texte unterstützt. J.

Handbuch der Radiumbiologie und -therapie einschließlich der anderen radioaktiven Elemente. Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten herausgegeben von P. Lazarus. (Wiesbaden, Bergmann, 1913. 22,65 Mk.) — Es ist ein zweifelloses Verdienst des Herausgebers, uns mit einem Handbuche in dieses neue wichtige Kapitel einzuführen. Wie Fr. Kraus mit Recht in dem Vorwort bemerkt, handelt es sich hier um ein über das gewöhnliche Maß hervorragendes Werk, und es ist dem Herausgeber gelungen, die kompetentsten Mitarbeiter aus allen Kulturländern heranzuziehen. Uns interessiert hier besonders die Bearbeitung der Radiumtherapie der Hautkrankheiten durch Ed. Schiff, die Verwendung des Radiums bei der Behandlung der Haut-epitheliome, der Angiome und der Keloide durch Wickham und Degrais, die Radiumwirkung auf Karzinome und Sarkome durch V. Czerny und Caon. Ein über 1000 Arbeiten umfassendes Literaturverzeichnis erhöht den Wert dieses nach jeder Richtung interessierenden und zu neuen Studien anregenden Handbuches. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Condylomata lata:

- 1) Rez. Calomel.
Tricarbin. ana 5,0
M. f. pulv.

J.

Eczema mammae:

- 2) Rez. Acid. boric. pulv.
Cerae alb. ana 5,0
Paraffin.
Ol. amygdal. ana 10,0
(Veiel.)

J.

Lippenpomade:

- 3) Rez. Acid. boric. 0,5
Tricarbin. 1,0
Vaselin. 10,0
M. f. ungt.

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. März 1913.

Chajes demonstriert 1. einen Fall von *Dermatitis herpetiformis* mit Erscheinungen im Munde;

2. eine Patientin mit *Acrodermatitis chronica atrophicans*.

Spritz zeigt einen Fall von sogen. *Oligotrichiasis atrophicans faviformis*; es handelt sich um einen stellenweisen Haarausfall auf der Kopfhaut, der seit der frühesten Jugend besteht; an den kahlen Stellen zeigt die Haut sklerosierende Narbenbildung, sonst ein rosiges Aussehen; Pilze und abgebrochene Haare finden sich nicht,

dagegen Seborrhoe des Gesichts und der Kopfhaut, grobe Haare neben atrophischen. Die Ätiologie ist dunkel.

In der Diskussion bemerkt Chajes, daß er einen ähnlichen Fall beobachtet hat, der durch tiefe Trichophytie hervorgerufen war; Pinkus glaubt, daß es sich um Pseudopelade handelt.

Heller stellt einen Patienten mit hypertrophischen Pockennarben vor; auf den Narben erheben sich kleine Geschwülstchen mit normaler Hautbedeckung, nur eine normale Narbe findet sich.

Werther spricht erstens über „Syringadenoma papilliferum“, unter Demonstration von Moulagen und mikroskopischen Abbildungen am Projektionsapparat; ein vom Vortr. beobachteter Fall betraf einen 45jähr. Patienten, bei dem die Affektion seit der Kindheit bestand; sie saß in der Achselhöhle und bestand aus roten Knötchen, welche in der Mitte eine Pore enthielten, aus dieser entleerte sich trübe Flüssigkeit. Therapeutische Versuche mittels Exzision und scharfen Löffels führten in kurzer Zeit zu Rezidiven; es handelte sich jedenfalls um naevusartige Bildungen, deren Anlage offenbar angeboren ist und die im wesentlichen auf eine Wucherung des Epithels der Schweißdrüsenausgänge beruhen. Die Geschwülstchen bestehen in einer Anzahl von Hohlräumen, die die Cutis und Epidermis einnehmen und innen mit Zotten besetzt sind; die Epithelauskleidung besteht aus Zylinderepithel, darunter findet sich eine Schicht kubisches Epithel. Die darunterliegenden Schweißdrüsen sind zystisch erweitert, das Epithel darin ist abgeflacht, sie haben einen klaren homogenen Inhalt.

Vortr. spricht zweitens über Pyaemide: Es handelt sich um bakterielle Allgemeinerkrankungen mit Hautmetastasen, in denen sich dasselbe Bacterium wie im kreisenden Blute findet; Vortr. schildert eine Reihe von ihm beobachteter Fälle, die meist einen sehr schweren, vielfach tödlichen Verlauf nahmen. Die Hauteruptionen hatten einen erythematösen oder hämorrhagisch-pustulösen Charakter; immer fanden sich in ihnen dieselben Bakterien wie im Blute oder in den an inneren Organen lokalisierten Prozessen.

Paul Cohn-Berlin.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Februar 1913.

Wewiorowski demonstriert zwei Soldaten mit Paraffinfiltration der Haut. Der erste, 22 Jahre alt, leidet 3 Jahre. Über dem rechten Knie befinden sich 7 bis 8 flache, rosarote, 3 bis 5 cm breite Knoten mit gespannter Oberfläche, einige vergrößerten infolge Infektion mit Staphylokokken und führten zu eingezogenen Narben. Histologisch konnte man im Corium und Subcutis Infiltrationsherde um hyaline, in Alkohol lösliche, mit Sudan rotgelb gefärbte, große und kleine Tropfen herum konstatieren. Im anderen Falle handelt es sich um zwei haselnußgroße, weniger scharf begrenzte, nicht schmerzhaft rosige Knoten am linken Unterschenkel. Diese Paraffinome wurden wahrscheinlich künstlich zu Simulationszwecken erzeugt.

Diskussion: Mestscherski beobachtete ein junges Mädchen, welchem das Paraffin zur Beseitigung einer eingezogenen Narbe am Gesicht eingespritzt worden war. Danach entstand ein sklerosierter Bezirk mit hyperämischem Hals, was dem Anfangsstadium der Sklerodermie (Keloid von Addison) nicht unähnlich war.

Bogrow bemerkt, daß gewöhnlich Paraffinome am Gesicht infolge fehlerhafter Rhinoplastik und in der Glutäalgegend nach mehrfachen Quecksilber-Vaselinölinjektionen zu sehen sind.

Krassnoglazow fragt über den Schmelzpunkt des Paraffins und ob man nicht mit künstlicher Erwärmung die Paraffinome von anderen Geschwülsten unterscheiden kann.

Wewiorowski hält vom theoretischen Standpunkte aus die künstliche Schmelzung des Paraffins für möglich. Die erforderliche Temperatur muß höher als 52° C sein.

Feldmann stellt einen 21jährigen Bauer mit angeborener Neurofibromatosis multiplex vor. Vater Alkoholiker. Mutter hatte mehrere Fehlgeburten. Am Körper und den Extremitäten befinden sich zerstreute, mehr oder weniger harte kugelförmige pigmentierte, zum Teil behaarte Geschwülste, die ohne Regelmäßigkeit verteilt sind. Im ganzen beträgt ihre Zahl etwa 250. Die innere Fläche des linken Oberschenkels, Scrotum und Penisbaut sind mit einem Riesennaevus bedeckt, das aus diffuser Verdickung dunkel pigmentierter Haut und Knotenauswüchsen besteht. Knochen- und Muskelsystem normal. Insufficiencia valvulae mitralis, die Töne an der Pulmonalis

und an der Aorta akzentuiert. Puls an der rechten Radialis etwas undeutlich (Kompression der rechten Subclavia?). Schwache taktile und thermische Hypästhesie in der linken Scapulargegend. Deutlicher Dermographismus. Wassermannreaktion ++. Behandlung unmöglich. Histologisch starke Neubildung des Bindegewebes um kleine Nervenstämmchen. An einigen Stellen starke Anhäufung polymorpher Zellen (sarkomatöse Degeneration?).

Diskussion: Grintschar hält die Veränderungen am Oberschenkel und Scrotum für kongenitale Elephantiasis.

Bogrow bemerkt, daß in dem vorgestellten Falle Quecksilberkur angezeigt ist (elephantiasische Veränderung der Genitalien und positiver Wassermann). In zwei Fällen von akquirierter Neurofibromatose sah er guten Erfolg von mehrmonatlichen Injektionen der 15%igen Thiosinaminlösung.

Krassnoglasow erklärt den Herzfehler und Veränderungen der Aorta als Folgen der angeborenen Syphilis.

Wewiorowski demonstriert Moulage, Präparate und Kulturen von einem Falle der Sporotrichosis der Haut. Vor 2 Jahren bekam ein 24jähriger Soldat in der Submentalgegend einen abszedierenden Knoten, später kam es zur Infiltration, papillären Auswüchsen. Krusten- und Pustelbildung an beiden Wangen. Der Kranke wurde vergeblich mit Quecksilber (50 Injektionen) und Tuberkulin (bis zu 0,01 g pro dosi) behandelt. Da im Eiter plumpe säurefeste Stäbchenformen und später Sprossengebilde gefunden waren, schwankte die Diagnose anfangs zwischen Lepra und Blastomykose. In Kultur gelang es mit Mühe, eine neue Spirotrichumart zu züchten, welche schwache Pigmentbildung (wie Sp. Schenckii), aber Gärungsphänomene wie Sp. de Beuermannii zeigte. Behandlung mit großen Dosen von Jodkalium und Jodnatrium (10–12 g pro die) brachte die Eruption fast zur Heilung. Biologische Reaktionen fielen negativ aus.

Diskussion: Grintschar fragt, ob Anästhesie der Knoten vorhanden war.

Wewiorowski hatte keine Anästhesie gefunden. Überhaupt standen die klinischen Erscheinungen im Widerspruch mit der Diagnose von Lepra.

Tschernogubow hält die Differentialdiagnose des Sporotrichon mit anderen Pilzarten für schwierig (z. B. Spores en grappes bei Trichophytonarten).

Wewiorowski betont die typische Sporenbildung, die den Sporotrichonarten im Gegensatz zu anderen pathogenen Pilzen (besonders den Oidiumarten) eigen ist.

Bogrow glaubt, daß wegen Verbreitung der saprophytischen Sporotrichen die Diagnose hauptsächlich auf biologischen Reaktionen (Sporoagglutination, Komplementablenkung usw.) basieren soll.

Wewiorowski erklärt den negativen Ausfall der Reaktionen durch die Wirkung der eingeleiteten Therapie (Jodpräparate).

Krassnoglasow fragt, zu welcher Kategorie der Sporotrichoseerkrankungen der Haut der Vortr. seinen Fall zuzählt.

Wewiorowski möchte seinen Fall als tuberkuloide Hauteruption (papilläre Auswüchse) bezeichnen.

S. Bogrow (Moskau).

VI. Vermischtes.

Am 21. Juni findet in Breslau die Generalversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten statt.

Anläßlich der feierlichen Denkmalsenthüllung für Adrien Doyon in Uriage les Bâins wurde in 250 Exemplaren auf Velinpapier ein mit dem Bildnis des Entschlafenen geziertes Erinnerungsblatt gedruckt, welches die stimmungsvollen Reden von Lacassagne, Thibierge, Balzer, Aubert u. a. enthält. Sie alle werden dem Wirken dieses hervorragenden Dermatologen nach jeder Richtung gerecht und bilden eine schöne Erinnerung an die erhebende Feier.

J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTMIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1913.

Juni.

Nr. 9.

Inhalt. I. Originalmitteilung. 1) Über die Prophylaxe der Stomatitis mercurialis und den Gebrauch von Bioxzahnpaste, von Dr. W. Bernhelm. 2) Spielarten des Syphiliserregers, von Dr. Gustav Helm.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Beitrag zu den anatomisch-pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Einwirkung von Chrysarobin auf dieselbe, von Kopytowski. 2) Experimentelle und klinische Beiträge zur Frage der Hautallergie, von Kuznitzky. 3) Untersuchungen über den Eiweißbau bei einigen Dermatosen, von Nelditsch. 4) Ein Beitrag zum Chemismus der entzündlichen Gefäßwand, von Kreiblich. 5) Über Dermatitis-symmetrica dysmenorrhoea, von Türök. 6) Über Evol und Kreosotseife, zwei neue desinfizierende Mittel, von R. Nitsch und M. Okolska. 7) Seife als Ursache des Hautjuckens, von Buttersack. 8) Über unsichtbare Schutzmittel gegen Veränderungen der Haut durch Licht, von C. Mannisch. 9) Therapeutische Versuche mit Sulfoform (Triphenylstibinsulfid), von A. Sternthal. 10) Zur Sulfoformbehandlung der Alopecia seborrhoica, von M. Joseph. 11) Das Vioform in der Dermatologie, von Höchstätter. 12) Vakzineinfektion an den Fingern, von Paschen. 13) Autovakzination der Säuglingsfurunkulose, von Harriehansen. — Entzündliche Dermatosen. 14) Die Beziehungen der Unnaschen Parakeratosis variegata zur Pityriasis lichenoides, von E. Klausner. 15) Zur Kenntnis der Brocassen Krankheit, von Callomon. 16) Die toxische Lehre in der Pathogenese des Verbrennungstodes, von G. Ferrarini. 17) Nitrogen- und Schwefelstoffwechseluntersuchungen bei Psoriasis vulgaris, von Géber. 18) Bakteriologische, histologische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Ekzeme und der Pyodermien, von Cole. — Zirkulationsstörungen der Haut. 19) Über Erythema exsudativum multiforme vegetans, von Herxheimer und Schmidt. 20) Beitrag zur Ätiologie des Erythema exsudativum multiforme, von K. Salsava. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 21) Über ein ossifizierendes Chondrom der Haut, von Strassberg. 22) Klinische und histologische Beobachtungen bei Hautmetastasen im Anschluß an Karzinom der inneren Organe, von Kaufmann-Wolf. 23) Zur Kenntnis der Myome der Cutis und der Subcutis, von Sobotka. 24) Zungenkrebs als Folgezustand bei einem Falle von Epidermolysis bullosa (dystrophische Form), von Klausner. — Neuritische Dermatosen. 25) Beiträge zur Ätiologie der Alopecia areata mit experimentellen Untersuchungen über die Thalliumalopecie, von Pöhlmann. 26) Hypothyreoidismus (Forme fruste des Myxödems), von A. Süniger. — Parasitäre Dermatosen. 27) Reizdividierende menstruelle Vulvadiphtherie, von M. Penkert. 28) Further researches on trichomycosis flava rubra et nigra of the axillary regions: a note of the Copra itch with a report, by A. Castellani. 29) Erfahrungen mit Ristin, einem neuen Skabiesheilmittel, von F. Moser. 30) Sulfidal, ein modernes Schwefelpräparat zur Behandlung der Krätze, von H. Winter. 31) Skabies bei Epidermolysis bullosa hereditaria, von A. Wagner. 32) Die spezifische Behandlung der tiefen Trichophytie, von R. O. Stein. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 33) Positiver Leprabazillenbefund in den Füßen bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten, von L. Merian. 34) Zur Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose, von A. Strauss. 35) Lupus erythematosus disseminatus (Kaposi), entstanden nach minimaler Tuberkulininjektion, von E. Hoffmann. 36) Klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulinprobe, von Dluskí und Rudzki. 37) Beitrag zur Kenntnis der

Mycosis fungoides, von Tryb. 38) Zur biologischen Differentialdiagnose von Lepra und Tuberkulose, von R. O. Stein. — Gonorrhoe. 39) Über Diagnose und Therapie der Gonorrhoe beim Weibe, von St. Kohn. 40) Über die Behandlung des Trippers und ihre häufigsten Fehler, von Fr. v. Veress. 41) Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrhöischer Allgemeinerkrankung, von P. Sobotka. — Syphilis. 42) Sifilide gastrica simulante una neoplasia, per Fr. L. Comite. 43) Ein Fall von Aortitis auf Basis einer kongenitalen Lues, von A. Lippmann. 44) Über Myocarditis syphilitica neonatorum, von Simmonds. 45) Über die syphilitische Aortenerkrankung, von Th. Denecke. 46) Über einige Modifikationen der Färbungsmethode des *Treponema pallidum* mit ammoniakalem Silbernitrat, von A. Fontana. 47) Die chemotherapeutische Wirkung von organischen Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten, von P. Uhlenhuth, P. Mulzer und G. Hügel. 48) Über „eigenlösende“ Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermann-Reaktion, von Carl Stern. 49) Über akute syphilitische Nierenentzündung in der Frühperiode (*Nephritis syphilitica acuta praecox*), von E. Hoffmann. 50) Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis, von Marcus. 51) Über die Brauchbarkeit von Rinderherzextrakten mit Cholesterinzusatz bei der Wassermannschen Reaktion, von Bottler. 52) Über Immunisierungsversuche mit Spirochätenreinkulturen, von Nakano. 53) Sind die Spirochäten den Protozoen oder den Bakterien verwandt? von Dohi und Hidaka. 54) Histologische und experimentelle Studien über den Salvarsantod, von Marschalko und Veszpremi. 55) Einiges aus dem Leben Julius Bettingers, des Pfälzer Anonymus, von E. Hoffmann. 56) Die farblose Schmierkur, von A. Schwenk. 57) Découverte du tréponème pale dans les cerveaux de paralytiques généraux, par H. Noguchi. 58) Association de méningite syphilitique et de paralysie générale; présence de tréponèmes dans les méninges, par Marinesco et Minea. 59) Über die Behandlung der progressiven Paralyse, von Westphal. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 60) Über akute, septische Infektion der Niere und ihre chirurgische Behandlung, von E. Joseph. 61) Die „Uvula vesicalis“ und ihre Beziehung zur Prostatahypertrophie, von G. Verga. 62) Ein neues Instrument zur intraurethralen Behandlung von Neubildungen, insbesondere auch zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Elektrokoagulation, von R. Kutner.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus der kgl. dermatolog. Universitätsklinik zu Breslau.]
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Neisser.)

1. Über die Prophylaxe der Stomatitis mercurialis und den Gebrauch von Bioxzahnpaste.

Von Dr. W. Bernheim,
Oberarzt im Infanterieregiment 24,
kommandiert zur Klinik.

An der Notwendigkeit energischer Quecksilberkuren hat auch die Einführung des höchst wirksamen Salvarsans in die Syphilistherapie nichts geändert. Abgesehen von der nur seltenen Idiosynkrasie gegen Quecksilber, stößt die beabsichtigte Einverleibung größerer Mengen dieses Therapeutikums in den Organismus dann auf Schwierigkeiten, wenn derselbe schon auf geringe Dosen des Mittels mit einer Stomatitis mercurialis reagiert. Vermeidbar ist dieselbe, wie die Erfahrung lehrt, in den meisten Fällen, vor allem bei gewissenhafter Mund- und Zahnpflege seitens des Patienten. Namentlich in der ambulanten Praxis lassen es aber

die Kranken nur allzu oft an solcher fehlen, so daß jeder Praktiker reichlich Gelegenheit hat, die Stomatitis mercurialis auch in den schwereren Formen kennen und den Wert eines geeigneten Zahn- und Mundpflegemittels schätzen zu lernen.

Eine Stomatitis mercurialis entsteht stets durch das Zusammenwirken einer ganzen Reihe von mechanischen, chemischen und bakteriellen Momenten, über deren Bewertung im einzelnen hinsichtlich ihrer ätiologischen Bedeutung allerdings noch keine Klarheit herrscht.

Am nächsten lag es naturgemäß, das eingeführte Quecksilber für das Entstehen eines derart genau gekennzeichneten Krankheitsbildes wie die Stomatitis mercurialis anzusprechen.

Das im Blute kreisende Quecksilber soll nach einigen Autoren (Boenecken, Bernabel, Lanz) selektiv die Ernährung der Mundschleimhaut herabsetzen und so den stets bereiten Bakterien eine Einwanderung erleichtern. Gegen diese Annahme spricht vor allem der Umstand, daß zwischen der Quantität des eingeführten Quecksilbers und der Häufigkeit bzw. Schwere der Mundaffektion keinerlei Relation besteht. Oft tritt schon nach Einbringung einer minimalen Quecksilberdosis eine schwere Stomatitis auf; andererseits bleibt selbst bei letal endender Hg-Intoxikation die Mundschleimhaut zuweilen völlig intakt. Diese klinische Beobachtung spricht ebenso gegen die Ansicht Bockharts, daß dem im Speichel abgeschiedenen Quecksilber ätzende Eigenschaften zukämen, welche die Überhäutung der durch den Kauakt physiologisch gesetzten Epithelläsionen verhinderten und so für die Bakterien reichliche Einfallspforten schufen. Man sieht zudem die ersten und stärksten anatomischen Schädigungen der Schleimhaut nicht an dem dauernd überspülten Mundboden, sondern an den aus der Speichelflüssigkeit herausragenden Spitzen der Zahnfleischsäulen. Experimentell gelang es ferner auch bei Tieren, die der Speicheldrüsen beraubt wurden, eine typische Stomatitis mercurialis zu erzeugen (Lanz). Die Ausscheidung der Hg-Mengen (Oppenheim) durch den Speichel stellt sich nach den anatomischen Untersuchungen (Eichhorst, Giani) eher als eine Abwehrmaßregel des Organismus dar. Aus den eben angeführten Gründen besitzt auch die mehrfach verteidigte Anschauung Sabbatani (Cobliner) wenig Wahrscheinlichkeit für sich, welcher das Auftreten der Stomatitis mercurialis aus der hohen Konzentration der Hg-Moleküle in der eiweißarmen Speichelflüssigkeit zu erklären sucht.

Das in der Mundhöhle ausgeschiedene Quecksilber stellt somit sicher ein, nicht aber allein das ätiologische Moment für die Entwicklung der Stomatitis mercurialis dar.

Stets ist eine durch allgemeine (Konstitutionsanomalien wie Diabetes, Dyspepsie) oder lokale Verhältnisse (Karies, Zahnsteinbildung u.a.m.) be-

dingte Schädigung des Zahnfleisches zu konstatieren, ehe es zur Ausbildung des der Stomatitis mercurialis eigenen Symptomenkomplexes kommt. Almquist gelangt daher auf Grund seiner klinischen und experimentellen Erfahrungen zu folgender Vorstellung der Entwicklung einer Stomatitis mercurialis: Der bei jedem Fäulnisvorgange in der Mundhöhle sich bildende Schwefelwasserstoff wird durch die aufgelockerte Schleimhaut resorbiert, trifft in den oberflächlichen Kapillaren auf das im Blute kreisende Quecksilber, mit dem er sich zu dem unlöslichen Schwefelquecksilber bindet. Aus der nunmehr erfolgenden Ablagerung des Schwefelquecksilbers in der Wand der Kapillaren resultiert eine bis zur Nekrose führende Ernährungsstörung der von denselben versorgten Schleimhautbezirke, in denen die Bakterien ausgezeichnete Lebensbedingungen finden.

Den Bakterien der Mundhöhle weist also Almquist nur eine sekundäre Bedeutung zu, und sicher mit Recht (Möller); denn bislang sind sämtliche Versuche gescheitert, aus dem Vorkommen gewisser Bakterienformen (Millers fusiforme Bakterien, René le Blaye) Schlüsse auf ihre primäre Bedeutung für die Ätiologie der Stomatitis ziehen zu wollen.

Es wird demnach zur Prophylaxe der Stomatitis mercurialis besonders wichtig sein, vor Beginn der Quecksilberkur die gesamte Mundhöhle in einen geordneten Zustand zu versetzen und sie in diesem während der Remanenzzeit des Quecksilbers durch geeignete Pflege zu erhalten. Zu letzterem Zwecke gibt die chemische Industrie eine große Anzahl von Mitteln an die Hand, in der Form der verschiedenen Zahnpulver (Zahnseifen), Mundwässer (Mundpastillen) und Zahnpasten. Die Zahnpasten bieten rein praktisch die größten Vorteile (Bassenge-Selander), da sie die Funktionen der Zahnreinigungsmittel und der Mundwässer in sich vereinen und in der Anwendung bequem, sauber und sparsam sind.

An eine brauchbare Zahnpaste wird man folgende Anforderungen zu stellen berechtigt sein:

Die Zahnpaste muß mechanisch die Mundhöhle säubern, ohne Zahnschmelz und Mundschleimhaut anzugreifen. Sie muß die Widerstandsfähigkeit des Zahnfleisches heben und die Speicheldrüsen zu lebhafterer Sekretion anregen. Sie muß der Wucherung der Mundbakterien Einhalt tun; sie muß hinsichtlich des Geruchs und Geschmacks, sowie hinsichtlich der Haltbarkeit und des Preises weitgehenden Ansprüchen genügen.

Die Firma Max Elb hat jüngst in der Bioxzahnpaste ein neues Mundpflegemittel auf den Markt gebracht, bei dem im Gegensatz zu den zahlreichen im Handel befindlichen zum Teil recht brauchbaren antiseptischen Zahnpasten (Bassenge-Selander, Siebert) das Hauptgewicht auf eine kräftige mechanische Reinigung der Mundhöhle gelegt wird. Diese Eigenschaft macht die neue Zahnpaste, falls sie auch den übrigen von uns eben gekennzeichneten Anforderungen entspricht, zu einem be-

sonders für den täglichen Gebrauch geeigneten Mundpflegemittel und ausgezeichneten Prophylaktikum gegen die Stomatitis mercurialis.

Die Bioxzahnpaste stellt eine angenehm nach Pfefferminze duftende und schmeckende, gelblich-weiße homogene Masse dar. Die Anwendungsweise ist die gleiche, wie die bei den übrigen Zahnpasten: Ein etwa erbsengroßes Stück der in einer Metalltube befindlichen Paste wird auf die angefeuchtete Zahnbürste gebracht, mit der dann die Zahnreihen innen und außen sanft bearbeitet werden. Durch den sich sehr reichlich absondernden Speichel wird aus der Zahnpaste Sauerstoff frei, ein Vorgang, der sich durch die Bildung eines starken ziemlich konsistenten, zum Teil auch auf Seifenwirkung beruhenden Schaumes kennzeichnet. Die abgespaltenen Sauerstoffmengen sollen auch aus den feinsten, sonst der mechanischen Reinigung nicht zugänglichen Fugen und Spalten der Zähne jeglichen Fremdkörper herausfordern und auch den kleinsten Fäulnisherd, der zur Bildung von Schwefelwasserstoff Veranlassung geben könnte, entfernen. Der Gebrauch der Zahnpaste beseitigt den schlechten Geruch aus dem Munde und hinterläßt das angenehme Gefühl der Frische, ohne lästiges Stumpfsein der Zähne.

Die Verteilung der Pulverbestandteile in der Bioxpastete ist eine außerordentlich feine, so daß auch bei rigoroser Anwendung ein Zerkratzen des Zahnschmelzes kaum möglich erscheint, wovon man sich durch ein kleines Experiment leicht überzeugen kann: Es wird nämlich eine polierte Kupferplatte durch die Bioxpaste auch bei stärkstem Reiben mit einem Flanelltuch nicht zerschrammt. Der Zahnschmelz wird nach den von Piorkowski an extrahierten Zähnen unternommenen und von uns wiederholten Versuchen nicht angegriffen, dagegen findet eine deutliche Lösung des Zahnsteines statt. Von einem täglich mehrmaligen Gebrauch der Bioxzahnpaste wird daher zu erwarten sein, daß zum mindesten die Bildung und der Ansatz neuen Zahnsteines verhindert wird. Das Zahnfleisch wird durch die Bioxzahnpaste nicht alteriert, der in ihr enthaltene Alkohol hyperämisiert nur die Schleimhaut und fördert so den zu ihrer Gesunderhaltung erwünschten regen Blutumlauf.

Die alkalische Reaktion der Bioxpaste erscheint besonders wichtig, da durch sie einer Zerstörung der im Speichel enthaltenen fermentativen Stoffe vorgebeugt wird, deren Verlust nur zu oft Veranlassung zu schweren Verdauungsstörungen wird.

Zur Orientierung über die desinfektorischen Eigenschaften der Bioxpaste stellten wir uns von ihr 1—50 %ige Verdünnungen her. Auf je 3 ccm der verschiedenen Emulsionen fügten wir 0,1 ccm einer möglichst dichten Aufschwemmung einer Bakterienreinkultur hinzu und impften

hierauf nach 1—10 Minuten auf ein steriles Agarröhrchen über. Als Testobjekte dienten alte, auf Agar gut wachsende Laboratoriumskulturen von *Bacterium coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* und *Prodigiosus*. Nach 48 Stunden Aufenthalt der verimpften Röhrchen im Brutschrank, geschah die Notierung in der Weise, daß +++ ungehemmtes, ++ reichliches, + spärliches, 0 ausbleibendes Wachstum bezeichnete. Bei besonders dürftigem Angehen der betreffenden Kultur, wurde dieses durch den Vermerk „spärlich“ oder die Anführung der Zahl der Kolonien besonders hervorgehoben. Um brauchbare Vergleichswerte zu geben, prüften wir nach derselben Methode die gleichen 4 Bakterienreinkulturen auf ihre Resistenz gegen zwei andere Zahnpasten von bewährter Desinfektionskraft (Saluferin, Pebeccozahnpaste). (Vgl. Tabellen S. 263.)

Eine völlige Sterilisierung der Mundhöhle ist mit der Bioxpaste ebensowenig wie mit den übrigen desinfizierenden Zahnpasten erreichbar. Eine zu starke Konzentration der Antiseptika ist zudem gar nicht einmal wünschenswert, da diese dann die Mundschleimhaut angreifen, den Speichel zersetzen und dadurch die Magenverdauung störend beeinflussen würde.

Die bakterizide Kraft der Bioxpaste kommt hauptsächlich auf Rechnung ihres Gehaltes an naszierendem Sauerstoff. Sie ist nach unseren sich nur über eine kurze, aber für praktische Zwecke lediglich in Betracht kommende Einwirkungszeit erstreckenden Reagensglasversuchen sicher nicht schlechter, sondern vielleicht sogar etwas stärker als die der untersuchten mit antiseptisch wirkenden Zusätzen versehenen Pasten. Es böte diese Paste somit den Vorteil einer Desinfektionswirkung und einer gewissermaßen automatisch vor sich gehenden mechanischen Reinigung der Zähne und Mundhöhle.

Über die Haltbarkeit der Bioxzahnpaste ein abschließendes Urteil zu fällen, gestattet uns die bisherige kurze Beobachtungszeit (3 Monate) noch nicht. Eine 14 Tage lang an der Luft bei Zimmertemperatur gehaltene Probe der Bioxzahnpaste zeigte noch deutliche Entwicklung von naszierendem Sauerstoff (Blaufärbung des Essigäthers durch die in ihm sich lösende Überchromsäure, welche sich aus dem Kalium bichromat durch den Sauerstoff der Bioxpaste nach Zusatz von Salzsäure bildet).

Da eine Tube Bioxzahnpaste bei täglich dreimaliger Anwendung etwa 6 Wochen reicht, ist ihr Preis (1,20 Mark) als ein entsprechender zu bezeichnen.

Bei der klinischen Prüfung der Bioxzahnpaste gingen wir von dem Gedanken aus, sie zunächst in möglichst ungünstig liegenden Fällen anzuwenden, um uns so möglichst rasch über ihre Leistungsfähigkeit zu orientieren. Wir gaben daher die Paste größtenteils ambulanten

Patienten mit starker Zahnkaries und begannen bei diesen in der üblichen Weise die Quecksilberkur. Unter Fortlassung jeglicher anderen Mundpflege, wurde von diesen Kranken nur dreimal täglich 10 Minuten lang die Bioxpaste in der oben beschriebenen Weise angewendet. Im ganzen wurden 36 Patienten während der ganzen Hg-Kur (etwa 6 Wochen) mit der Bioxpaste behandelt. Bei vier Kranken trat eine leichte vorübergehende Auflockerung des Zahnfleisches auf, und nur bei einem mußte wegen Ausbildung der ominösen grauen Säume an den Zahnfleischrändern die Hg-Kur unterbrochen und die Mundpflege anders (Ätzungen mit Chromsäure, Saluferin) geregelt werden.

Bei der Prophylaxe der Stomatitis mercurialis hat sich uns demnach bisher die Bioxzahnpaste gut bewährt, so daß wir sie als äußerst brauchbares Mittel für die tägliche Mund- und Zahnpflege wohl empfehlen dürfen.

Es soll damit natürlich nicht gesagt sein, daß der Gebrauch anderer Zahnpasten, insbesondere der seit langem mit Erfolg an der Klinik gebräuchlichen Saluferinzahnpaste schlechtere Resultate liefert. Immerhin scheint uns das in der Bioxpaste unseres Erachtens glücklich zur Wirkung gebrachte Prinzip einer auf biologischen Vorgängen erfolgenden Keimtötung bzw. -abschwächung und einer mechanischen Reinigung beachtenswert zu sein.

Literatur.

1. Piorkowski, Biox, eine neue Zahnpaste. Klinisch-therapeut. Wochenschrift. XIX. Nr. 50. — 2. Lanz, Klinische und experimentelle Beiträge zur Pathogenese der merkuriiellen Stomatitis und Salivation. Berlin 1897. — 3. Almquist, Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der merkuriiellen Colitis und Stomatitis. Dermat. Zeitschrift. XIX. H. 11 u. 12; daselbst eingehendes Literaturverzeichnis. — 4. Möller, Über Quecksilbervergiftung und Angina bzw. Stomatitis ulcero-gangraenosa, sowie über die Indikationen und die Dosierung des Mercurialöls. Dermat. Zeitschrift. XVIII. S. 117, 263, 355. — 5. Sklarek, Über die Ätiologie der Stomatitis mercurialis und deren Therapie mittels Formamint. Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 49; ausführliche Literaturbesprechung. — 6. Bassenge-Selander, Über die desinfizierende Wirkung einiger gebräuchlicher Zahnpasten. Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 36. — 7. Cobliner, Experimentelle Beiträge zur Entstehung der Colitis mercurialis im Anschluß an eine Sublimatvergiftung. Inaug.-Dissertation. Heidelberg 1911. — 8. René le Blaye, Experimentelle Untersuchungen über Stomatitis mercurialis. Inaug.-Dissertation. Paris 1911. Nr. 389. — 9. Eichhorst, Über anatomische Veränderungen der Speicheldrüsen bei akuter Quecksilbervergiftung. Medizin. Klinik. 1907. Nr. 45. — 10. Giani, Wirkung des Quecksilbers und seiner Salze auf die Parotisdrüse. Sperimentale. LXVI. Nr. 5; Ref.: Dermatolog. Wochenschrift. 1912. S. 1625. — 11. Oppenheim, Das Auftreten von Quecksilber im Mundspeichel. Archiv f. Derm. u. Syphilis. LVI. H. 3. — 12. Siebert, Erfahrungen über Anwendung von Isoform als Streupulver, Gaze, Zahnpaste (Saluferin-Zahnpaste) usw. Therapeut. Monatshefte. 1908. November. — 13. Siebert, Über Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpaste. Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 8.

2. Spielarten des Syphiliserregers.

Von Dr. Gustav Helm in Bonn.

Bei einer klinischen Besprechung der *Tabes dorsalis* hörte ich Erb schon vor fast einem Jahrzehnt die Tatsache erwähnen, daß Personen, welchesich an demselben Individuum syphilitisch infiziert hatten, sämtlich tabisch wurden. Entsprechend die gleiche Erfahrung hat man bei einer der *Tabes* verwandten Krankheit, der *Dementia paralytica*, gemacht. So berichtet Morel-Lavallée von 5 Männern, die aus derselben Quelle Syphilis erwarben und alle paralytisch wurden.

Da diese Vorkommnisse nicht als Zufall gedeutet werden können, muß man, nachdem für beide Erkrankungen als unerläßliche Vorbedingung ziemlich allgemein die Syphilis erklärt worden ist, die Ursache zunächst wohl in besonderer Artung des Syphiliserregers suchen.

Dabei kann man mit Hinblick auf die Bösartigkeit der *Tabes* und Paralyse in erster Linie an eine stärkere Virulenz, eine höhere vitale Energie, also eine mehr quantitative Besonderheit denken. Jedoch liegt bis heute keine einzige Erfahrung vor, welche zur Annahme eines besonders starken syphilitischen Virus bei diesen Nervenkrankheiten nötigte. Ganz im Gegenteil ist schon seit geraumer Zeit von verschiedenen Autoritäten hervorgehoben worden, daß leichte Syphilis voranzugehen pflege, wobei man freilich, scheint mir, den Fehler gemacht hat, Geringfügigkeit der äußeren Erscheinungen und leichte Syphilis ohne weiteres zu identifizieren. Ich muß mir vorbehalten, mich über diesen Punkt bei anderer Gelegenheit ausführlich auszusprechen.

Der Grund scheint demnach mehr in qualitativer Sonderartung zu liegen. Möglicherweise bestehen sogar morphologische Unterschiede, die man heute noch nicht kennt.¹ Ich erinnere daran, daß man anfänglich auch die Bazillen der Menschen- und Rindertuberkulose für durchaus gleichartig hielt, sie aber später mit dem Mikroskop deutlich als einen Typus *humanus* und *bovinus* unterscheiden gelernt hat. Dazu sollen neueste Forschungen ergeben haben, daß ersterer als Erzeuger der typischen und schweren menschlichen Tuberkulose zu betrachten sei, während die bovine Spielart nur weniger gefährliche Tuberkulose, speziell der Drüsen, hervorbringe. Demgemäß ist es keineswegs unangemessen, auch jene schweren unbedingt letalen sogen. *metasyphilitischen* Erkrankungen des Zentralnervensystems einem besonderen Typus der *Spirochaete pallida* zuzumessen, zumal die eingangs erwähnte

¹ Natürlich kommen auch Eigentümlichkeiten des Wachstums, der Farbstoffaufnahme, der Reaktion des infizierten Blutes und andere Verschiedenheiten in Betracht.

Herkunft aus bestimmter Infektionsquelle zu dieser Annahme geradezu drängt. Daß hier morphologische und andere Unterschiede noch nicht bekannt sind, darf schon deshalb nicht als Einwand gelten, weil bei Tabes und Paralyse bis heute nie oder fast nie Spirochäten gefunden worden sind.

Man darf sich also, allgemein gesprochen, vorstellen, daß es Spielarten des Syphiliserregers gibt, von denen die eine vorwiegend die Haut, die andere die Schleimhäute,¹ wieder eine andere Gehirn und Rückenmark angreift, sei es, daß sie dort die günstigsten Entwicklungsbedingungen findet, sei es, daß sie durch irgendwelche chemische Reizstoffe angelockt wird — also infolge der auch bei Bakterien und weißen Blutkörperchen schon längst beobachteten Chemotaxis — oder auf Grund anderer unbekannter Momente. Neben der Paralyse dürfte man zum Vergleich den Tetanus stellen. Dessen Toxine wenigstens greifen fast nur die Hirnzellen an, wodurch sich die schweren Nervensymptome erklären. Es kann dann im ganzen Körper, wie Ransom gezeigt hat, freies Tetanustoxin nachgewiesen werden, nur nicht im Gehirn, an dessen Zellen es fest gebunden ist. Es handelt sich also um eine Art von Wahlverwandtschaft, welche man, im Gegensatz zu der chemischen, „biologische Affinität“ nennen könnte. Die rätselhaft scheinende Erfahrung, daß der Tabes und Paralyse leichte Syphilis voranzugehen pflegt, hat bei dieser Auffassung nichts befremdendes mehr. Infolge der besagten Affinität würden sich nämlich die zugehörigen Typen des Syphiliserregers massenhaft in Hirn und Rückenmark, in sehr geringer Zahl dagegen in Haut und Schleimhaut ansammeln und außerdem mit verschiedener Energie wirken, so daß hier sehr dürftige, dort sehr schwere Veränderungen entstünden. Freilich ist damit noch nicht erklärt, warum die Spirochäten in den Nervenorganen jahrelang untätig verharren. Aber diese Frage ist bei anderer Auffassung ebensowenig beantwortet. Ich habe schon vor Jahren ausgesprochen, daß die Mikroben vielleicht eine Metamorphose durchmachen, bevor sie ihr Zerstörungswerk beginnen können.

Indessen darf man die Möglichkeit nicht außer acht lassen, daß Tabes und Paralyse durch eine ganz andere Gattung noch unbekannter Mikroorganismen erzeugt wird, welche mit der *Spirochaeta pallida* nur insofern etwas zu tun hat, als sie ein häufiger Begleiter derselben ist und gleichzeitig mit ihr verimpft wird.² Die Symbiose und

¹ Es kommt ja vor, daß das Sekundärstadium sich ganz oder vorwiegend in der Mundhöhle abspielt. Einmal zwar, als dies vor und nach einer Quecksilberkur der Fall war, gelang es mir durch 6 Wochen lang fortgesetzte Heißluftbäder ein starkes Exanthem zu provozieren, worauf die Geschwüre im Rachen verschwanden. Ein anderes Mal blieben aber auch diese Prozeduren ohne Resultat.

² Diese von mir bereits vor 5 Jahren geäußerte Möglichkeit erscheint mir um so beachtenswerter, als, wie ich nachträglich erfuhr, auch Hitzig auf dieselbe hingewiesen hat.

Parabiose verschiedenartiger pflanzlicher und auch tierischer Organismen ist ja längst bekannt. Überdies bietet ein recht zutreffendes Analogon der gemischte Schanker, bei welchem die *Spirochaete pallida* zugleich mit dem Pilz des *Ulcus molle* inokuliert wurde. Man hat sich zwar im Laufe der Jahre derart in die syphilitische Herkunft der *Tabes* und *Paralyse* eingelebt, daß man zu dieser Theorie wenig geneigt sein mag. Aber gewiß erklärt sie manches, was uns heute noch rätselhaft ist. Die so oft gegen die Syphilishypothese ins Treffen geführten Einwände, daß die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei *Tabes* und *Paralyse* nicht das Gepräge der Syphilis zeigen und antisiphilitische Kuren wirkungslos sind, wären dann gegenstandslos. Auch wäre es begreiflicher, warum bei vielen *Tabikern* und *Paralytikern* anamnestisch keine *Lues* ausfindig gemacht wurde. Denn beide Keime brauchten nicht ausnahmslos miteinander übertragen zu werden und auch, wenn es geschähe, nicht allemal beide zur Infektion zu führen. Zwar zeigen diese Hirn- und Rückenmarkskranken in der Regel die Wassermannsche Reaktion, was sich aber auch bei dieser Theorie durch die gleichzeitig vorhandene Syphilis erklärt. Von großer Bedeutung für die Annahme zweier kombinierter Bakterien wäre es jedoch, ob just bei den Kranken diese Reaktion negativ ausfiel, bei denen auch anamnestisch keine Syphilis festgestellt werden konnte. Es würde dann der Gedanke nahe liegen, daß in diesen Fällen nur jener unbekannte Erzeuger der beiden tödlichen Krankheiten übertragen oder wenigstens allein zur Infektion gelangt wäre. Es könnte allerdings dieser hypothetische Mikroorganismus infolge der Symbiose, bei welcher ja sehr oft beständiger Stoffwechselaustausch zwischen den zusammenlebenden Individuen statt hat, von der Spirochäte die Eigenschaft erworben haben, ebenfalls nach Wassermann zu reagieren. Die eben ergangene Meldung, daß es entgegen allem bisherigen Bemühen dem Amerikaner Noguchi gelungen sei, die *Spirochaete pallida* im paralytischen Gehirn, unter 71 Fällen sogar 14 mal, nachzuweisen,¹ ist mir eher eine Stütze als ein Widerspruch für diese Theorie. Denn nun erscheint es erst recht unverständlich, warum das *Salvarsan* trotz Vernichtung der Spirochäten, die es infolge der günstigen Blutzirkulation und starken Durchblutung des Gehirns gewiß leicht erreicht, keinen bleibenden Stillstand, noch viel weniger Heilung der *Paralyse* herbeiführt. Selbstverständlich aber ist diese Tatsache, wenn man die Krankheit als entstanden denkt durch eine mit der Spirochäte zusammenlebende andere Mikrobe.

Wie gesagt, handelt es sich lediglich um eine Möglichkeit. Daß aber die beiden Krankheiten des Zentralnervensystems ihren eigenen Erreger haben — sei es nun eine Variante der *Spirochaete pallida* oder ein sym-

¹ E. Hoffmann, Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.

biotischer oder parabiotischer Pilz anderer Gattung —, dafür scheinen mir noch weitere Momente zu sprechen. Ich meine zunächst die familiäre Tabes und Paralyse, das Auftreten beider Krankheiten bei Eltern und Kindern und bei Ehegatten. Hier gibt es noch manches zu erforschen. Es wäre beispielsweise von Interesse, ob auch nicht an Tabes und Paralyse leidende syphilitische Eltern hereditär damit behaftete Kinder haben könnten. Kame es hier und da vor, so wäre dies noch kein Beweis gegen einen eigenen Erreger, da derselbe, stets lange rastend, die Eltern ohne Schaden lassen und erst bei den Kindern die Nervenorgane angreifen könnte. Erst dann wäre die familiäre Tabes und Paralyse für die Annahme eines besonderen Erregers unverwertbar, wenn beide Krankheiten nicht viel häufiger von tabischen und paralytischen, als von nur an gewöhnlicher Syphilis leidenden Eltern vererbt würden. Ob letzteres überhaupt vorkommt, ist mir nicht bekannt. Jederfalls muß gegenüber der Tatsache, daß tabische und paralytische Eltern sehr viel seltener sind als bloß syphilitische, das durchaus nicht seltene Vorkommen der beiden Nervenkrankheiten bei den von jenen erzeugten Kindern besonders auffallen. Namentlich ist das der Fall, wenn die Tabes oder Paralyse der Eltern bei mehreren Kindern wiederkehrt. Peter Schaefer, welcher aus der Literatur verschiedener Länder 95 Fälle zusammengestellt hat, erwähnt 3 mal, daß zwei Kinder solcher Eltern daran litten.¹

In dieser Statistik Schaefers überrascht nun noch ein Umstand, welcher für die vorliegende Frage von großer Wichtigkeit ist: die bei weitem vorwiegende ganz gleichartige Vererbung. Unter jenen 95 Fällen sind nämlich nicht weniger als 70, in welchen ein und dieselbe Krankheit, also entweder Tabes oder Paralyse, bei Vater oder Mutter und Kind auftrat. Daneben stehen 6 Fälle, in denen auf der einen oder anderen Seite die Mischerkrankung Taboparalyse vorhanden war, so daß nur in 22 die rein ungleichartige Vererbung stattfand.

Diese merkwürdige Erscheinung erklärt Schaefer durch angeborene Minderwertigkeit des betreffenden Organs, indem nach einem Ausspruch von Möbius „die erbliche Anlage sozusagen der Krankheitsursache den Weg zum Nervensystem weise“. Gegen diese Anschauung sprechen jedoch verschiedene Tatsachen. Erstens tritt bei diesen beiden Krankheiten die ererbte neuropathische Konstitution anerkanntermaßen sehr in den Hintergrund. Zweitens zeigt die konjugale Tabes und Paralyse dasselbe Verhalten der gleichartigen Übertragung. Von den 216 von Schaefer gesammelten Fällen bei Ehegatten bestand in 158 die gleiche Krankheit (bei beiden entweder Tabes oder Paralyse). Die Minderwertigkeit genau

¹ P. Schaefer, Über die familiären und konjugalen Fälle von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis. Berlin 1909.

desselben Organs kann aber bei Ehegatten nur als ganz ausnahmsweise, keinesfalls aber in solch erdrückendem Prozentsatz angenommen werden. Drittens passen zu der Annahme Schaefers nicht die eingangs von mir erwähnten Erfahrungen Erbs, daß die von derselben Person infizierten Männer alle tabisch, und diejenigen Morel-Lavallées, daß alle paralytisch wurden.

Vielmehr wird man durch all diese Tatsachen zu der Vermutung getrieben, daß Tabes und Paralyse jede für sich einen eigenartigen Krankheitserreger haben. Nun fand zwar, wie oben bemerkt, bei einem kleinen Teil der familiären Fälle eine ungleichartige Vererbung statt, so daß z. B. von einem paralytischen Vater ein tabischer Sohn stammte. Aber man kann einwenden, der Sohn habe vielleicht den Keim von der Mutter, bei welcher er wirkungslos geblieben war, empfangen oder ihn selbst genital oder, bei zu jungem Alter, extragenital erworben.¹ Es könnte aber auch zwischen den Erregern der Tabes und Paralyse, wie ja auch zwischen diesen Krankheiten selbst, eine so große Verwandtschaft bestehen, daß jeder von ihnen unter besonderen Umständen beide Leiden hervorzurufen vermöchte, wie denn auch der Typus bovinus des Tuberkelbacillus gelegentlich einmal schwere typische Lungentuberkulose verschulden mag. So ließen sich gleichfalls die Folgen einer von Brosius beobachteten syphilitischen Infektion deuten. Sieben Glasbläser waren von einem Genossen mittels der gemeinsam benutzten Glaspfeife angesteckt worden. Von den fünf sich nach 12 Jahren zur Untersuchung stellenden Männern litt je einer an sicherer Tabes bzw. Paralyse, während zwei andere dieser Erkrankungen in hohem Grade verdächtig waren.² Hier kann man freilich annehmen, daß beide Mikrobenarten vorhanden und übertragen wurden.

Ich möchte noch bemerken, daß eine erworbene Schwäche des Gehirns und Rückenmarks, die Schaefer geltend macht, noch viel weniger zur Erklärung der hereditären und konjugalen Tabes und Paralyse herangezogen werden darf. Denn nur ausnahmsweise werden z. B. Vater und Tochter beide durch geistige Überarbeitung das Gehirn oder durch körperliche Überanstrengung (viele Gehen, Treten der Nähmaschine u. dgl.) das Rückenmark derart schädigen.

In der Annahme eines spezifischen Syphilisvirus der Tabes und Paralyse habe ich schon früher eine Erklärungsmöglichkeit gesucht für das seltene Vorkommen beider Krankheiten in manchen mit Syphilis durchseuchten Ländern.³

¹ Die Frage, ob es sich wirklich immer um hereditäre Tabes und Paralyse und nicht etwa aus erworbener Syphilis entstandene handele, muß bei Schaefers Statistik allgemein gestellt werden.

² Kraepelin, Psychiatrie. II. 1904. S. 377.

³ G. Heim, Die Dementia paralytica in Ägypten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908. S. 932.

Tabes ist angeblich den Arabern unbekannt. Bezüglich der Paralyse berechnete ich aus 4 Jahresberichten über die staatliche ägyptische Irrenanstalt in Kairo, der einzigen in Nordafrika, welche mir deren langjähriger ärztlicher Leiter Warnock (Engländer) zu übergeben die Güte hatte, daß im Durchschnitt noch nicht 5% daran litten gegenüber 10—20% in deutschen Irrenhäusern. Später kamen mir noch viel auffallendere Erfahrungen Ziemanns zur Kenntnis. In Kamerun sah er bei jahrelanger ausgedehnter Praxis keinen einzigen Fall von progressiver Paralyse bei der farbigen Rasse, ebensowenig konnte er auf Trinidad, Jamaika und in Venezuela einen solchen Kranken ausfindig machen.¹ In Südwestafrika wußten mir Ärzte, die viele Tausende von Eingeborenen untersucht hatten, kaum etwas von Tabes und Paralyse zu sagen, obschon dort die Syphilis wütet, und bei Durchsicht der sieben bis jetzt erschienenen Medizinalberichte über die sämtlich von Lues heimgesuchten deutschen Schutzgebiete, entdeckte ich nur vereinzelte Fälle.²

Zwar war ich anfänglich sehr geneigt, in Ägypten diese merkwürdige Erscheinung dem mir gegenüber von dortigen Ärzten gerühmten ungemein milden Verlauf der Syphilis zuzuschreiben, zumal ein bereits 9 Jahre in Kairo tätiger Dermatologe dazu noch die Seltenheit tertiärer Manifestationen betonte.³ Dagegen fand ich von seiten unserer Schutzgebiete nichts von leichter Heilung erwähnt, und schwere tertiäre Erscheinungen in großer Zahl wurden dort fast überall behandelt, welche zwar auf Jodkalium in der Regel sehr befriedigend reagierten. Hier also viele, stellenweise massenhaft tertiäre Syphilis, aber nahezu keine Tabes und Paralyse! Gewiß wird in diesen Ländern viel weniger Alkohol genossen als in Deutschland. Derselbe scheint jedoch nach statistischen Untersuchungen von Stark wenigstens bei der Paralyse keine Rolle zu spielen. Man könnte die mangelnde körperliche und geistige Überanstrengung zur Begründung anführen. Aber bei diesen nicht oder mangelhaft zivilisierten Völkern kommen auch andere Geistes-, Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten vor — in unseren Schutzgebieten namentlich Epilepsie —, wenn auch vielleicht seltener als in Europa. Bei den Eingeborenen der deutschen Schutzgebiete scheinen freilich Rückenmarksleiden sehr spärlich aufzutreten. Ich möchte noch erwähnen, daß bei den Farbigen manche unserer Kolonialärzte nie, andere sehr selten das primäre und sekundäre Stadium gesehen haben, daß also die frische Syphilis dort ziemlich regelmäßig der ärztlichen Behandlung entgeht. Das verdient hervorgehoben zu werden, weil in Deutschland einerseits das Quecksilber

¹ Ziemann, Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 52.

² G. Heim, Nerven- und Geisteskrankheiten in den deutschen Schutzgebieten.

³ G. Heim, Heilerfolge bei Syphilis in Ägypten. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXVII. 1907. H. 2 u 3. Daß das heiße trockene sonnige Wüstenklima die auffallenden Heilerfolge zeitigt, erscheint mir heute wieder fraglich, indem in Südwestafrika bei den gleichen klimatischen Vorzügen dieses günstige Verhalten nicht aufgefallen ist. Vielleicht kommt in Ägypten die Hauptwirkung den in der Regel benutzten sehr starken Schwefelquellen in Heluân bei Kairo zu.

für die tabische und paralytische Entartung verantwortlich gemacht, andererseits im Gegenteil die möglichst energische Quecksilberbehandlung als bestes Vorbeugungsmittel mit Nachdruck empfohlen worden ist. Da keine der Erklärungen für das seltene Vorkommen der Tabes und Paralyse unter jenen Völkerschaften befriedigte, habe ich denn, wie gesagt, noch die Art des syphilitischen Virus als vielleicht bedeutungsvoll angeführt. Es ist doch nicht ausgeschlossen, daß manche Mikroorganismen in heißen Klimaten anders gedeihen und arten als bei uns. Zwar haben die menschlichen Gewebe, auf welchen die Spirochäten wachsen, wohl überall annähernd gleiche Temperatur und Feuchtigkeit. Vielleicht erscheint es darum annehmbarer, daß jener eigenartige Keim, welcher die beiden schweren Nervenkrankheiten im Gefolge hat, in die heißen Zonen noch wenig eingeschleppt sei. Die Zunahme der ehemals angeblich seltenen Tabes und Paralyse in Japan¹ könnte außer dem Steigen der Kultur, deren schädlichen Einfluß auf diese Leiden ich als nicht genügend erwiesen erachte, demgemäß der infolge zunehmenden Verkehrs vermehrten Einschleppung und Ausbreitung dieser besonderen Mikrobe zugeschoben werden.

Für die Anschauung, daß der Syphiliserreger kein absolut einheitlicher Pilz sei, sondern in eine Anzahl, wenn auch heute noch nicht unterscheidbarer Arten zerfalle, scheint mir noch ein anderes Phänomen zu sprechen, nämlich die Mannigfaltigkeit der syphilitischen Effloreszenzen. Während bei den sogen. akuten Exanthemen (Flecktyphus, Scharlach, Röteln, Masern, Pocken, Windpocken) allemal ein typisches einheitliches Exanthem erscheint entweder aus Erythemen oder Papeln oder Pusteln bestehend, sehen wir bei Syphilis bald diese, bald jene Art, dazu noch im Farbenton wechselnd, bisweilen verschiedene Formen zugleich. Die Effloreszenzen sind Dermatitiden, welche dadurch entstehen, daß die Bakterien oder ihre Toxine in die Haut gelangen und diese in einer ihrer Art entsprechenden Weise entzünden. Bei der Syphilis sind es offenbar die Spirochäten, da man ja mit dem Inhalt einer syphilitischen Pustel und einer aufgekratzten Pappel einen neuen Primäraffekt hervorrufen kann. Die Mannigfaltigkeit des Exanthems erklärt sich demgemäß sehr einfach durch Verschiedenheit der Spirochäten. Bei Kombination mehrerer Formen von Ausschlag dürfte eine Mischinfektion durch verschiedene Arten der *Spirochaete pallida* vorliegen.

Von theoretischem Interesse und großer prophylaktischer Bedeutung ist die Frage, ob der Tabes und Paralyse ein besonders gekennzeichnetes syphilitisches Exanthem entspricht. Wegen der Seltenheit der beiden Nervenkrankheiten in den deutschen Schutzgebieten habe ich bereits eine Rundfrage bei den Kolonialärzten über die Form des

¹ SCHEUBE, Die Krankheiten der warmen Länder.

Exanthems bei den Farbigen erlassen, worauf infolge des erwähnten Mangels an Beobachtungen des Sekundärstadiums wenig Auskunft gegeben werden konnte. Doch beabsichtige ich, diesen Punkt weiter zu verfolgen. Die Erkenntnis besonderer Symptome und besonderer Mikroben würde frühzeitig auf die drohenden Entartungskrankheiten des Nervensystems aufmerksam machen und durch geeignete Vorkehrungen wohl manchmal deren Ausbruch verhüten lassen.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Beitrag zu den anatomisch-pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Einwirkung von Chrysarobin auf dieselbe**, von Kopytowski. (Med. i. Kronika lek. 1912. H. 45.)

Seine Experimente führte Verf. derart durch, daß er eine 10—12% ige Chrysarobinsalbe durch 2—4 Tage auf die Skrotalhaut applizierte. Beim Vergleich der Wirkung des Chrysarobins mit der des Schwefels auf die Haut stellt Verf. fest, daß diese Wirkung einigermaßen analog ist; es bestehen jedoch manche Unterschiede. So ruft Chrysarobin Parakeratose, welche beim Schwefel unwesentlich ist, hervor, dagegen konnte er bei ersterem Mittel nicht diese Hyperkeratose nachweisen, wie bei letzterem. Ferner rufen beide Heilmittel eine Proliferation des Endothels hervor. Wir sehen bei Anwendung des Chrysarobins den lymphotaktischen Einfluß stärker, als beim Schwefel hervortreten.

Baschkopf-Krakau.

- 2) **Experimentelle und klinische Beiträge zur Frage der Hauttalgsekretion**, von Kuznitsky. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 3.)

Nach Eigenversuchen des Verf.'s beträgt die tägliche physiologische Hauttalgsekretion etwa 1—2 g. Sie ist ziemlich konstant, in der kalten Jahreszeit nur bei Kindern etwas geringer als gewöhnlich. Deutliche Unterschiede in den Hauttalgzahlen bei kohlehydratreicher und fettreicher Nahrung wie andere Verff. dies früher beschrieben haben, konnte Verf. nicht feststellen. Er führt die Beobachtungen früherer Autoren auf technische Mängel, wie Nichtbeachten der Außentemperatur usw. zurück. Nach Einnahmen von Brom fand Verf. während der Zeit, in welcher Akne durch Brom erzeugt wurde, die Produktion von Hauttalg erheblich vermindert. Bei Seborrhoea oleosa wurde eine Vermehrung der Hauttalgsekretion festgestellt und glaubt Verf., daß die vermehrte Talgabsonderung nicht die Ursache der begleitenden Akne ist, sondern im Gegenteil aller Wahrscheinlichkeit nach eine zwar schwache, aber immerhin deutliche erkennbare Abwehrmaßregel des Organismus.

Schumacher-Berlin.

- 3) **Untersuchungen über den Eiweißabbau bei einigen Dermatosen**, von Neiditsch. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. stellte Aminosäurenbestimmung bei einigen Dermatosen an und fand, daß bei keiner der geprüften Dermatosen weder bei Psoriasis, Ichthyosis, noch bei Ekzem etwa eine konstante und daher für die Pathogenese der betreffenden Krankheit zu verwertende Vermehrung der im Harn ausgeschiedenen Aminosäurenmenge sich konstatieren ließ. Auch die Menge der in den spontanen Hautblasen einer Pemphigus vulgaris enthaltenen Aminosäuren war

nicht erhöht. Dagegen scheint bei chronisch rezidivierender Urticaria die Aminosäurenausscheidung und damit eine Störung im Eiweißabbau eine ursächliche Bedeutung zu haben, da parallel mit den neuen Schüben ein ganz auffallend starkes Ansteigen der ausgeschiedenen Aminosäuren konstatiert wurde.

Schumacher-Berlin.

- 4) **Ein Beitrag zum Chemismus der entzündlichen Gefäßwand**, von Kreibich. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 2.)

Verf. fand bei traumatischen Entzündungen leicht mit Sudan färbbare Lipoideinlagerungen in Form feinsten Tröpfchen oder länglicher kristalloid-
aussehender Stäbchen in den Endothelzellen vorwiegend der Papillargefäße. Die intensivsten derartigen Veränderungen fand er bei Verbrennungen. Auch bei markhaltigen Nerven wurde eine Umwandlung des Myelins in einen Lipoidkörper konstatiert.

Schumacher-Berlin.

- 5) **Über Dermatitis symmetrica dysmenorrhoea**, von Török. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. bekennt sich als Anhänger der Lehre von der hämatogenen Entzündung und sucht diese seine Ansicht durch Anführung verschiedener Beobachtungen zu stützen.

Schumacher-Berlin.

- 6) **Über Evol und Kreosotseife, zwei neue desinfizierende Mittel**, von R. Nitsch und M. Okolska. (Przegląd Lek. 1913. Nr. 14.)

Das städtische Gesundheitsamt verwendet zu Desinfizierungen nach Infektionskrankheiten Sublimat oder Lysol neben Formalin. Angesichts des hohen Preises, insbesondere des Lysols, welches in großen Mengen verbraucht wird, unternahmen die Verf. im städtischen bakteriologischen Laboratorium Untersuchungen mit 2 neuen Desinfizienten: Evol und Kreosotseifenlösung, um eventuell die Ausgaben für die Desinfektion zu verbilligen, ohne deren Sicherheit herabzusetzen. Schlußfolgerungen: Evol ist ein desinfizierendes, ungefähr zweimal billigeres Mittel, als Lysol und ist in seiner desinfizierenden Wirkung diesem fast ähnlich. Nur in bezug auf Löslichkeit im Wasser und Durchsichtigkeit seiner Lösungen tritt es vor Lysol zurück. Die Kreosotseife ist ein etwa viermal, als Lysol, billigeres Mittel, welches jedoch in seiner desinfizierenden Wirkung etwas schwächer ist, als Lysol. Dagegen ist dessen Löslichkeit und Durchsichtigkeit der Lösungen in destilliertem Wasser zumindest gleich dem Lysol. Angesichts dessen kann man diese desinfizierenden Mittel, in Berücksichtigung ihrer Billigkeit, statt des Lysols, sämtlichen Ärzten, Kliniken, Spitälern, Sanatorien, Desinfektionsanstalten usw. empfehlen. Es ist angezeigt, diese Mittel in destilliertem Wasser zu lösen und wo dieses wegen großen Verbrauches nicht verwendet werden kann, im Regenwasser oder in irgend einem anderen, nicht verunreinigten Wasser die Lösungen herzustellen. Dies bezieht sich hauptsächlich auf die Kreosotseifenlösung.

Baschkopf-Krakau.

- 7) **Seife als Ursache des Hautjuckens**, von Buttersack. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Ein Arzt erkrankte ohne Ursache an heftigem Hautjucken, das endlich auf den Gebrauch einer ausländischen, nicht parfümierten Seife zurückgeführt wurde. Doch bestand das Jucken noch 2 Monate weiter, nachdem der Gebrauch der Seife ausgesetzt war.

Schourp-Danzig.

- 8) **Über unsichtbare Schutzmittel gegen Veränderungen der Haut durch Licht**, von C. Mannisch. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 2.)

Lichtfilter gegen ultraviolette Strahlen haben zweifellos eine gewisse

medizinische Bedeutung. Die von Kopp und Joseph-Berlin hergestellten Zeozonpräparate erfüllen die Aufgabe, die Haut mit Hilfe unsichtbarer Lichtfilter vor allen Schädigungen und Veränderungen durch Sonnenlicht und durch das Licht der Quecksilberlampe zu schützen. Schourp-Danzig.

- 9) **Therapeutische Versuche mit Sulfoform (Triphenylstibinsulfid)**, von A. Sternthal. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Verf. hat das von M. Joseph empfohlene Sulfoform nachgeprüft und bestätigt, daß es bei einer Reihe von Hautleiden den bisherigen Schwefelpräparaten überlegen ist. Namentlich ist dies der Fall bei der Behandlung der Sycosis non parasitaria und der Scabies. Bei Alopecia seborrhoica sah Verf. keine besseren Erfolge als bei Anwendung der früheren Mittel, im Gegensatz zu M. Joseph, dessen theoretischen Anschauungen er nicht beitreten kann. Schourp-Danzig.

- 10) **Zur Sulfoformbehandlung der Alopecia seborrhoica**, von M. Joseph. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 90.)

In Erwiderung auf die Arbeit Sternthals behält sich der Verf. vor, auf die theoretische Seite der Angelegenheit später zurückzukommen. Die Ursache, weshalb Sternthal nicht zu einem günstigeren Urteil über die Sulfoformtherapie bei der Behandlung der Seborrhoea capitis gekommen ist, sieht Verf. darin, daß Sternthal sich nur mit vereinzelt Fällen befaßt hat und diese nur einige Monate hindurch beobachtet hat. Verf.'s günstige Meinung über die Sulfoformbehandlung dieser Affektion stützt sich auf eine fünfjährige Erfahrung und auf die Behandlung von weit über 1000 Patienten. Schourp-Danzig.

- 11) **Das Vioform in der Dermatologie**, von Hochstätter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Verf. empfiehlt das Vioform, dem alle Vorzüge des Jodoform inne-
wohnen, doch ohne unangenehme Nebenwirkungen. Bei Ulcus durum erzielte er sehr gute Erfolge mit folgender Salbe: Vioform 2,0, Menthol 0,5, Camphor. 1,0, Ungt. simpl. 30,0. Schourp-Danzig.

- 12) **Vakzineinfektion an den Fingern**, von Paschen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Mutter und Tochter hatten sich echte Kuhpocken an den Fingern zugezogen. In einem anderen Falle waren die Pusteln auf die Vulva und die Nates übertragen. Die Fälle waren unter der Diagnose Milzbrand in das Krankenhaus geschickt worden. Schourp-Danzig.

- 13) **Autovakzination der Säuglingsfurunkulose**, von Harrichausen. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 2.)

Verf. legt dar, daß die Autovakzination der Säuglingsfurunkulose eine ausgezeichnete, spezifisch wirksame Therapie ist, welche äußerst einfach in Herstellung und Anwendung und vollkommen ungefährlich ist. Schourp-Danzig.

Entzündliche Dermatosen.

- 14) **Die Beziehungen der Unnaschen Parakeratosis variegata zur Pityriasis lichenoides**, von E. Klausner. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Bei einer 24jährigen Patientin trat eine knötchenförmige und fleckenförmige Affektion auf, die als Pityriasis lichenoides aufzufassen war. Nach 2jährigem Bestande trat nach scheinbar fast völliger Heilung eine neue Eruption auf, die in ihrem klinischen Bilde der Parakeratosis lichenoides glich,

indem die zu Ring- und Bogenform zusammengetretenen Effloreszenzen dadurch, daß sie zwischen sich Herde gesunder Haut einschlossen, eine ausgesprochene Netzzeichnung des Krankheitsbildes bedingten. Der histologische Befund entspricht den Ergebnissen, wie sie für die Pityriasis lichenoides und die Parakeratosis variegata erhoben wurden. Der Verf. schließt sich der Ansicht Csillags an, daß die Parakeratosis variegata und die Pityriasis lichenoides miteinander identisch sind und nur verschiedene Formen ein und desselben Krankheitsbildes darstellen.

Schourp-Danzig.

- 15) **Zur Kenntnis der Brocqschen Krankheit**, von Callomon. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von Brocqscher Erythrodermie, bei dem es lange zweifelhaft war, ob es sich um ein prämykotisches Stadium von Mycosis fungoides handelt oder um eine echte Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées. Die ungemeine Chronizität, die Einförmigkeit des Verlaufs, die geringe Neigung zum Rückgang auch auf therapeutische Maßnahmen, das fast völlige Fehlen subjektiver Beschwerden und das charakteristische Aussehen der einzelnen Herde rechtfertigte die Diagnose. Bemerkenswert war die Beobachtung einer Verdickung der Haut an den erkrankten Stellen, die mehr durch ein mikroskopisch nachweisbares Ödem als durch Infiltration bedingt war, ein Befund, der bis jetzt von deutschen Forschern noch nicht beschrieben war.

Schumacher-Berlin.

- 16) **Die toxische Lehre in der Pathogenese des Verbrennungstodes**, von G. Ferrarini. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 12 u. 13.)

Von den zahlreichen Theorien zur Erklärung des Zustandekommens jener äußerst komplexen Erscheinung, welche der Tod infolge Verbrennung darstellt, ist die sogen. toxische Lehre am meisten bestechend. Nach Ansicht des Verf.'s ist sie aber trotz der großen Anzahl von klinischen und experimentellen Arbeiten, die ihr gewidmet wurden, die am wenigsten sicher begründete.

Schourp-Danzig.

- 17) **Nitrogen- und Schwefelstoffwechseluntersuchungen bei Psoriasis vulgaris**, von Géber. (Dermatol. Zeitschrift. 1913. Mai.)

Aus den Untersuchungen ergibt sich, das man bei Psoriasis vulgaris neben Gewichtsbeständigkeit des Nitrogens eine gesteigerte Schwefelausscheidung nicht bemerkt.

Immerwahr-Berlin.

- 18) **Bakteriologische, histologische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Ekzeme und der Pyodermien**, von Cole. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. sucht die histologischen und bakteriologischen Befunde bei den Ekzemen zueinander zu studieren, unterzog die bei den Ekzemen und Pyodermien vorkommenden Streptokokken einer Untersuchung bezüglich ihres hämolytischen Vermögens und prüfte die von Bockhart, Bender und Gerlach seinerzeit angestellten Versuche über die ekzematogene Bedeutung der in den Staphylokokkenkulturfiltraten enthaltenen Stoffe nach. Er konnte keinen Anhaltspunkt dafür gewinnen, daß die auf der Oberfläche von Ekzemen und diesen nahestehenden Dermatosen vegetierenden Staphylo- und Streptokokken auf die histologische Struktur einen bestimmten Einfluß im Sinne einer Bildung von verschiedenen Impetiginen haben. Im Zusammenhang mit dem geringen oder fehlenden Bakteriengehalt der schuppigen Ekzeme sprechen diese Erfahrungen nicht für eine wesentliche Bedeutung der banalen pyogenen Mikroorganismen für die Ekzeme. Die Impetigo contagiosa und das Ekthyma

haben sich Verf. als Streptokokkenkrankheiten erwiesen. Er fand in den erweiterten Lymphdrüsen bei Impetigo contagiosa Streptokokken in Reinkultur. Streptokokken vom Typus des Longus fanden sich häufig bei dem Angulus infectiosus (Perlèche). Keine Streptokokken fand er bei Pityriasis simplex. Staphylokokken beobachtete er manchmal bei serösen Exsudationen. Es fand sich stets der Streptococcus longus haemolyticus mit einer einzigen Ausnahme in einem Fall von Gewerbeekzem, wo der Streptococcus mitior gezüchtet wurde. Die Nachprüfung der Bender-Bockhart-Gerlachschen Versuche hat ein außerordentlich unregelmäßiges Resultat ergeben. Die Ergebnisse sind für eine besondere Bedeutung löslicher Staphylokokkentoxine für den Ekzemablauf nicht zu erwarten.

Schumacher-Berlin.

Zirkulationsstörungen der Haut.

- 19) **Über Erythema exsudativum multiforme vegetans**, von Herxheimer und Schmidt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Die Verff. beschreiben einen Fall von Erythema exsud. mult., der dadurch besonderes Interesse verdient, daß er mit Vegetationsbildung verknüpft war, was bei diesem Erkrankungsprozeß bisher nicht beobachtet worden war.

Schumacher-Berlin.

- 20) **Beitrag zur Ätiologie des Erythema exsudativum multiforme**, von K. Saisava. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Verf. fand im Blut und im Harn von Patientin mit Erythema exsudativum multiforme einen Bacillus mit stumpfen Enden und mit lebhafter Molekularbewegung im frischen Präparat. Ihn zu züchten, gelang nicht.

Schourp-Danzig.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 21) **Über ein ossifizierendes Chondrom der Haut**, von Stransberg. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall von ossifizierendem Chondrom der Haut, bei dem eine Keimabsprengung vom benachbarten Fußskelett als wahrscheinlichste Ursache vermutet wird.

Schumacher-Berlin.

- 22) **Klinische und histologische Beobachtungen bei Hautmetastasen im Anschluß an Karzinom innerer Organe**, von Kaufmann-Wolf. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 3.)

In der Arbeit sind 65 Fälle von sekundärem Hautkarzinom zusammengestellt. Das weibliche Geschlecht scheint dabei häufiger befallen zu werden. Als Prädilektionssitz des primären Herdes scheint der Magen an erster, der Uterus an zweiter Stelle zu stehen. Als Prädilektionsstelle für die Hautmetastasen sind vordere Thoraxwand und Abdomen angegeben. Die Tumoren, die rasch eine Verfärbung der Haut hervorrufen, neigen mehr zur Ulzeration, die Lymphbahnfarkte weniger. Die Hautmetastasen entwickeln sich manchmal rapide in wenigen Tagen. Als Begleit- bzw. Prodromalerscheinungen der Metastasen sind Ödem, Herpes zoster-artige Bläschen, erysipeloides Erythem, lichenoides Exanthem und urtikarielle Erscheinungen zu nennen. Beachtenswert sei, daß in der Hälfte der Fälle die Hautmetastasen erst den Fingerzeig zur richtigen Diagnose eines bestehenden Karzinoms gegeben hätten. In einigen Fällen konnte sogar, dank der Eigenschaft der Krebszellen, auch in den

Metastasen in morphologischer und funktioneller Beziehung den Anklang an den Mutterboden zu bewahren, der Sitz des Primärtumors festgestellt werden.
Schumacher-Berlin.

- 23) **Zur Kenntnis der Myome der Cutis und der Subcutis**, von Sobotka. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. berichtet über einen Fall von multiplen reinen Cutismyomen, bei dem er die diagnostische Bedeutung einer bestimmten Anordnung der Geschwülste hervorhebt und die Übereinstimmung der Richtlinien dieser Anordnung mit den Spaltrichtungen der Haut auf noch besser gesicherte Grundlage stellt. Ferner erwähnt er ein neues, nicht konstantes „physiologisches“ Symptom der Arrektorenmyome, nämlich ihre Reaktion auf die für gewöhnlich Arrektorenkontraktion auslösenden Reize. Außerdem erwähnt Verf. einen der sehr seltenen Fälle von Angiomyofibrom, der noch dadurch ausgezeichnet war, daß der eine der Tumoren Strangform und Verästelung aufwies und daß zum ersten Male die Teilnahme von Arrectores pilorum an dem Aufbau subkutaner Muskelgeschwülste beobachtet wurde.
Schumacher-Berlin.

- 24) **Zungenkrebs als Folgezustand bei einem Falle von Epidermolysis bullosa (dystrophische Form)**, von Klausner. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall von Epidermolysis bullosa, wo sich als Folgezustand ein Zungenkarzinom entwickelt hatte. Er machte die angeborene Überempfindlichkeit und Störung in der Anlage der Haut, bezw. des Epithels, die in anderen Fällen von Epidermolysis bullosa zu Schleimhautverdickungen oder zu Leukoplakien geführt hat, für die Entstehung des Karzinoms in seinem Fall verantwortlich.
Schumacher-Berlin.

Neuritische Dermatosen.

- 25) **Beiträge zur Ätiologie der Alopecia areata mit experimentellen Untersuchungen über die Thalliumalopecie**, von Pöhlmann. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 3.)

Nach Verf. ist die Alopecia areata ein von allen anderen Alopecien leicht zu unterscheidendes Krankheitsbild. Die meisten Fälle seien klinisch nicht anders als durch Übertragung eines noch unbekannten Kontagiums zu erklären. Verf. beobachtete aber auch Fälle traumatischer und neurotischer Alopecie, bei denen eine Infektion auszuschließen war und die dennoch nicht von dem Krankheitsbild der typischen Alopecia areata zu unterscheiden waren. Nach den klinischen und experimentellen Erfahrungen könne an einer einheitlichen Ätiologie der Alopecia areata nicht festgehalten werden, vielmehr müsse man die Alopecia areata als einen Symptomenkomplex auffassen, der durch verschiedene Noxen wie Infektion, Innervationsstörung oder Intoxikation hervorgerufen werden könne.
Schumacher-Berlin.

- 26) **Hypothyreoidismus (Forme fruste des Myxödems)**, von A. Sängner. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 13.)

Ein 50jähriger Mann litt seit 2 Jahren an Hypothyreoidismus, epileptiformen Anfällen und Photopsien. Die rissig und schmutzig verfärbte Haut heilte unter Thyreoidinbehandlung, gleichzeitig wurde die hart und trocken gewesene Nackenhaut wieder normal. Nach den Beobachtungen des Verf.'s gibt es Fälle von Myxödem, in denen die charakteristischen Merkmale der myxödematösen Hautveränderung fehlen. Die Untersuchung der Schilddrüsen-

gehend führt auf den richtigen Weg der Diagnose. Jedenfalls ist die Pathogenese des Hypothyreoidismus noch lange nicht geklärt. Schourp-Danzig.

Parasitäre Dermatosen.

- 27) **Rezidivierende menstruelle Vulvadiphtherie**, von M. Penkert. (Med. Klinik. 1913. Nr. 3.)

Die im Anschluß an eine Erkältung entstandene echte Diphtherie des Rachens und der Vulva wurde nach mehrfachen diagnostischen Irrtümern erst durch die bakteriologische Untersuchung aufgeklärt. Nur durch die Injektion von Diphtherieserum mit gleichzeitiger lokaler Pyocyanasebehandlung gelang es, die Dauerbazillen abzutöten und den zahlreichen Behandlungsverfahren trotztenden Fall zu heilen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 28) **Further researches on trichomycosis flava rubra et nigra of the axillary regions: a note of the Copra itch with a report**, by A. Castellani. (British Journ. of Dermatology. 1913. Januar.)

In den Achselhaaren fand Verf. eine Knotenbildung, die durch einen bazillenähnlichen Fungus hervorgerufen wurde. Während eine gelberscheinende Varietät nur diesen Fungus aufwies, den Verf. als *Dissomyces tenuis* bezeichnet, schien eine rote und eine schwarze Varietät der Symbiose dieses Fungus mit einer Kokkenart zu entstammen. Verf. bespricht die Differentialdiagnose dieser Erkrankung mit verschiedenen Formen der Trichosporie- und Leptothrixerkrankungen. Der Verlauf war chronisch, therapeutisch bewährten sich Formalinlösung und Schwefelsalbe. Kälteres Klima übte einen günstigen Einfluß. Mit „Copra-itch“ wird eine juckende pruriginöse Papeln- oder Pusteleruption bezeichnet, die besonders bei Leuten, die sich mit dem Bau und der Präparierung von Kokosnüssen beschäftigen, auftritt und einem im Mehlstaub dieser Frucht lebenden akariusähnlichen Parasiten ihre Entstehung verdankt. Die Eruption kann den ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts befallen und heilte bei Entfernung der Schädlichkeit unter Betanaphtholsalbe.

J.

- 29) **Erfahrungen mit Ristin, einem neuen Skabiesheilmittel**, von F. Moser. (Med. Klinik. 1913. Nr. 14.)

Das Präparat bildet wegen seiner Farb- und Geruchlosigkeit einen wertvollen Ersatz des Perubalsams.

Biberstein-Gleiwitz.

- 30) **Sulfidal, ein modernes Schwefelpräparat zur Behandlung der Krätze**, von H. Winter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 12.)

Sulfidal-Heyden ist ein kolloidaler Schwefel mit 25% Eiweißkörper. In glyzerinhaltiger Komposition ist es ein vorzügliches Mittel zur Behandlung der Krätze, es ist nicht giftig, reizt nicht, ja es heilt sogar das Ekzem, es fehlt ihm der unangenehme, penetrante Geruch, es fettet die Wäsche nicht, es macht das Pudern überflüssig. Das Präparat kommt in den Handel in Tuben zu 50 g.

Schourp-Danzig.

- 31) **Skabies bei Epidermolysis bullosa hereditaria**, von A. Wagner. (Dermatologische Wochenschrift. 1913. Nr. 16.)

Fall eines 17jährigen Patienten, bei dem die Skabies 3 Jahre unbehandelt bestand.

Schourp-Danzig.

- 32) **Die spezifische Behandlung der tiefen Trichophytie**, von R. O. Stein. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 46.)

Ausgehend von der Wirkung des Tuberkulins auf tuberkulöse Herde wurden verschiedentlich andere parasitäre Erkrankungen mit den entsprechenden

Toxinen behandelt, so auch Trichophytie mit Trichophytin, hergestellt aus den Stoffwechselprodukten der verschiedenen Trichophytonpilze. Verf. behandelte Patienten durch intradermatische Applikation und durch eine Trichophytinsalbe. Seine Untersuchungen ergaben folgende Leitsätze: 1. Tiefe Trichophytien (*Sycosis barbae parasitaria* oder *Kerion Celsi*) können durch intradermale Injektionen von Trichophytin und durch basale Applikation einer hochprozentigen Trichophytinsalbe schneller als mit anderen Methoden geheilt werden. 2. Bei oberflächlichen, nicht auf Trichophytin reagierenden Fällen ist die Trichophytinsalbe allein zu versuchen. 3. Prophylaktisch mit einer Trichophytinsalbe ist der noch gesunde Haarboden jener Kinder zu behandeln, deren Geschwister oder Schulkameraden an einer infektiösen Haarkrankheit (z. B. Mikrosporie) leiden. 4. Nicht alle Trichophytine sind biologisch gleichwertig; am besten eignet sich zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken der aus Maltosebouillonkulturen von *Achorion Quinckeanum* nach der Angabe von Bloch hergestellte Extrakt.

R. Klokow-Berlin.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 33) **Positiver Leprabazillenbefund in den Fäzes bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten**, von L. Merian. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

An drei Fällen der Züricher medizinischen Klinik prüfte Verf. die von Boeck gefundenen Tatsachen nach und bestätigt sie. Auch bei einem Patienten, bei welchem durch Jodmedikation ein akutes Auftreten von leprösen Hautveränderungen aufgetreten war, gelang der Nachweis von Leprabazillen im Stuhl.

Schourp-Danzig.

- 34) **Zur Kupferbehandlung der äußeren Tuberkulose**, von A. Strauss. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Mitteilung von drei Fällen, die zeigen, daß die Methode einen Fortschritt bedeutet und daß sie sich zu einer wirksamen, ambulant durchführbaren wird ausgestalten lassen.

Schourp-Danzig.

- 35) **Lupus erythematosus disseminatus (Kaposi), entstanden nach minimaler Tuberkulininjektion**, von E. Hoffmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Der Fall läßt zwei Möglichkeiten zu: entweder entwickelte sich der Lupus disseminatus spontan oder er wurde durch die Tuberkulininfektion begünstigt oder gar erregt. Letzteres ist auf Grund des ganzen Verlaufes das wahrscheinlichste.

Schourp-Danzig.

- 36) **Klinische Bedeutung der Moroschen Tuberkulinprobe**, von Dluzki und Rudzki. (Przegląd Lek. 1913. Nr. 14—16.)

In der Heilanstalt für Lungenkranke in Zakopane sammelten die Verff. eigene Erfahrungen in 500 Fällen und gelangen zu nachstehenden Folgerungen: 1. Die Morosche Tuberkulinprobe ist eine spezifische Reaktion und ist der positive Ausfall derselben ein Beweis der Infektion des Untersuchten mit Tuberkulose. 2. Das Nichtauftreten der Moroschen Reaktion schließt nicht das Vorhandensein der Tuberkulose im Organismus aus, da durchschnittlich bei 33% sicher nachgewiesener Tuberkulose ein negatives Resultat gewonnen wird. 3. Die Zahl der positiven Resultate der Moroschen Probe sinkt deutlich mit dem Alter der Kranken. 4. Die prognostische Bedeutung der Moroschen Reaktion ist bedeutend größer als die diagnostische. 5. Das Nicht-

auftreten der Moroschen Reaktion bei klinisch konstatierter Tuberkulose gibt grundsätzlich eine ungünstige Prognose. 6. Je intensiver die Morosche Reaktion, desto besser die Prognose. 7. Die Resultate der wiederholt durchgeführten Moroschen Reaktion entsprechen gewöhnlich dem Verlauf des Krankheitsfalles und lassen eine den obigen Grundsätzen entsprechende Prognose zu. 8. Die spezifische Behandlung tuberkulöser Individuen (mittels Béraneck-schen Tuberkulins) hebt auf oder schwächt das Auftreten der Moroschen Reaktion bei ihnen. 9. Angesichts der angeführten Tatsachen kann die Morosche Tuberkulinprobe als eine ganz unschädliche und eine ausgesprochene klinische Bedeutung für die Diagnose und insbesondere für die Prognose der Tuberkulose besitzende Reaktion angesehen werden. Baschkopf-Krakau.

37) **Beitrag zur Kenntnis der Mycosis fungoides**, von Tryb. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 2.)

Nach Verf. handelt es sich auf Grund histologischer Untersuchungen bei der Mycosis fungoides um eine Entzündung, die in der subpapillären Schicht beginnt, die eigenartige Transformationserscheinungen aufweist, deren Terminalerscheinungen sich als ein sich später rückbildendes Plasmom präsentieren. Der ganze Prozeß ist von einer Gefäßreaktion begleitet, die ihre Höhe erst bei beginnender Regression des Infiltrates erreicht, und welche auch selbst das Infiltrat überlebt. Dabei komme es zu einer mit der Progredienz des Prozesses wachsenden lokalen Eosinophilie, bei absolut normalen Blutverhältnissen. Den ganzen Untersuchungen nach glaubt Verf. die Mycosis fungoides den spezifischen Entzündungsprozessen am nächsten stellen zu müssen.

Schumacher-Berlin.

38) **Zur biologischen Differentialdiagnose von Lepra und Tuberkulose**, von R. O. Stein. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 42.)

Da das Blut Tuberkulöser, außer mit Tuberkelbazillenemulsion auch mit einer Reihe anderer säurefester Bakterien, nach der Komplementbindungsmethode untersucht, positive Reaktion ergab, untersuchte Verf. an einer Reihe interessanter Versuche die biologisch unterschiedlichen Wirkungen der Lepra- und Tuberkelbazillen bzw. ihrer Produkte auf gesunde bzw. kranke Versuchstiere. Bail hatte gefunden, daß nur intakte und wenig geschädigte Tuberkelbazillen eine typische Überempfindlichkeit herbeiführen können. Bei überempfindlichen Tieren kommt es in der Exsudatflüssigkeit zur Bildung sogen. Aggressine, die eine Auflösung eines eingeführten Giftes bewirken, ehe eine eventuelle Phagozytose eintreten kann. Das Versuchstier muß also relativ schnell sterben. Die Aggressine der Tuberkel- und Leprabazillen sind identisch, während die vom Organismus produzierten Lysine verschieden sind. Eine weitere Differenz zwischen Lepra- und Tuberkuloseinfektion besteht darin, daß der Tuberkel Rezeptoren enthält, die Tuberkulin verankern können, das Leprom nicht. Diese Tatsache erklärt das Versagen der Tuberkulinkur bei Leprakranken. Die positive Tuberkulinreaktion bei Leprösen ist durch eine gleichzeitig bestehende Tuberkulose zu erklären. Verf. resümiert seine Beobachtungen wie folgt: Tuberkulöse Meerschweinchen reagieren auf eine intraperitoneale Injektion von Leprabazillen in gleicher Weise, wie auf Tuberkelbazillen mit der Produktion eines reichlichen klaren lymphozytenreichen und leukozytenarmen Exsudates. Es gelingt nicht, durch intraperitoneale Einverleibung eines Gemenges von Leprabazillen und der Exsudatflüssigkeit eines tuberkuloseüberempfindlichen Meerschweinchens bei gesunden Tieren den akuten Tod (Bails) hervorzurufen. Der Organbrei oder Antiforminextrakt aus Lepromen

enthält keine Reaktionsstoffe, die, intraperitoneal injiziert, ein gesundes Meerschweinchen gegen eine nachfolgende, sonst wirkungslose Tuberkulindosis überempfindlich machen.

R. Klokow-Berlin.

Gonorrhoe.

39) Über Diagnose und Therapie der Gonorrhöe beim Weibe, von St. Kohn. (Przeglad Lek. 1913. Nr. 14.)

In einem im medizinischen Vereine gehaltenen Vortrage hebt Verf. hervor, daß vor Beginn der Behandlung eine genaue bakteriologische Untersuchung vorgenommen werden sollte. Das Sekret wird mit dem Aschschens Scheidenlöffel oder entsprechender in den Uterushals eingeführter Pinzette entnommen. Infolge unmittelbarer Berührung mit dem männlichen Sekrete erkrankt der Gebärmutterhals primär, die Harnröhre sekundär unter der Einwirkung der aus der Scheide herabfließenden Sekrete. Die Behandlung beginnt von der Schleimhaut des Uterus und nach Möglichkeit schützen wir die Urethra vor Infektion mit dem Sekrete des Uterus und der Vagina. Vorzügliche Dienste leistet in dieser Beziehung Tamponade der Scheide. In der Behandlung der Uterusschleimhaut werden in letzter Zeit Jodpräparate: 6 % Jodvasogen und 12 % Jothion mit Öl angewendet. Zur Einführung dieser Mittel werden Pagenstechersche und Sängersche Stäbchen verwendet. Bei Adnexentzündung kann die eigentliche Behandlung erst nach dem Verschwinden der akuten Entzündungserscheinungen beginnen. Die konservative Behandlung beruht auf Applikation von Glyzerintamponen, heißer Luft und Vaginalausspülungen. Bei langwieriger Adnexentzündung radikale Exstirpation beider Ovarien und Tuben mit Amputation des Corpus uteri. Über die vollständige Heilung kann nur eine genaue Beobachtung der Patientin entscheiden. Behufs Überzeugung von der Abwesenheit der Gonokokken sind in verschiedenen Zwischenräumen acht bestätigende Präparate herzustellen. Seltener ist zur Züchtung der Gonokokken Zuflucht zu nehmen. Die Tripperbehandlung der Schwangeren ist mit der Gefahr der Hervorrufung einer Frühgeburt verbunden. Nach dem vierten Schwangerschaftsmonat ist die Behandlung zu unterbrechen und nur auf die Harnröhre zu beschränken. Angewendet werden Einspritzungen einer 2 % igen Alumnolsalbe. Größere Aufmerksamkeit ist dem Rektum zuzuwenden, da dieses in 30 % infiziert zu sein pflegt. Therapeutisch kann hier Injektion einer Alumnol-, Lapis- oder Isoformsalbe angewendet werden. In chronischen Fällen wurde seit neuester Zeit Serum und eine spezifische Vakzine versucht. Positive Erfolge wurden bei Entzündung der Gelenke, Nebenhoden und Prostata beobachtet.

Baschkopf-Krakau.

40) Über die Behandlung des Trippers und ihre häufigsten Fehler, von Fr. v. Veress. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Der Verf. ist Anhänger sofort einsetzender Spülungen mittelst 100 ccm fassender Spritze. Bei subakutem und chronischem Tripper hält er außer den Spülungen die Anwendung des Urethroskops und schonender mechanischer Behandlung für unerlässlich. In einzelnen hartnäckigen, veralteten Fällen können nur diese allein zum Ziele führen. Die Einspritzungen starker konzentrierter Silberlösungen bei akuter Gonorrhoe hält er für gefährlich. Bei Gonorrhoea anterior subacuta sind prolongierte Infektionen organischer Silbersalze in schwachen Lösungen zweckmäßig. In Fällen, die zur Abortivkur ge-

eignet sind, kann man $\frac{1}{2}$ —1,0% ige Lapislösung zu vorderen Einspritzungen mit Erfolg verwenden. Die Vakzination hält Verf. bei Komplikationen der Gonorrhoe, zur Ergänzung und Unterstützung der übrigen Behandlung angewendet, unbedingt für einen großen Fortschritt. Jeder Tripper ist heilbar, und eine richtig durchgeführte Janetsche Behandlung hat noch niemandem geschadet.

Schourp-Danzig.

41) **Pustulös-hyperkeratotisches Exanthem bei gonorrhischer Allgemeinerkrankung**, von P. Sobotka. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 8.)

Der mitgeteilte Fall ist bemerkenswert durch die ungewöhnliche Ausbreitung über nahezu die ganze Haut des Körpers, ferner durch die große Zahl der gleichzeitig an gonorrhischer Arthritis erkrankten Gelenke. Weitere Eigentümlichkeiten bilden seborrhoisches Aussehen des Exanthems an einigen Stellen, Überempfindlichkeit, mit der die Haut auf gewisse Reize mit Erythemen, die ebenfalls schon zu übermäßiger Hornbildung neigten, antwortete, ferner eine Umwandlung von kleinen trüben Bläschen in molluskumartige Gebilde und typische Effloreszenzen des hyperkeratotischen Exanthems. Zwischen dem bläschenförmigen und dem klinisch hyperkeratotischen Exanthem der Gonorrhoe konnten histologisch enge Beziehungen nachgewiesen werden.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

42) **Siflide gastrica simulante una neoplasia**, per Fr. L. Comite. (Gazz. degli osped. e delle clin. 1913. Fasc. 26.)

Ein 50jähriger Mann, der vor 15 Jahren an Syphilis erkrankt war leidet zurzeit an heftigen, durch den ganzen Körper ziehenden Schmerzen, die besonders nachts auftreten, an großer Schwäche, Appetitlosigkeit, Schwere im Magen, häufigem Erbrechen, Sodbrennen und einem vor 5 Jahren aufgetretenen Magentumor, der zurzeit taubeneigroß, hart, wenig empfindlich in der Pylorusgegend fühlbar ist. Daneben bestand eine erheblich vergrößerte Leber und Arteriosklerose. Durch eine 2monatige Kur mit Hg. bijodatum und Kalium jodatum verschwinden die Verdauungsbeschwerden, und der Tumor ist kaum noch wahrnehmbar. Die Anwesenheit von Salzsäure im Magensaft wird differentialdiagnostisch für die Diagnose „Magengumma“ verwandt (mit Unrecht, da sie auch bei gummöser Magensyphilis gewöhnlich fehlt. Ref.). Dreyer-Cöln.

43) **Ein Fall von Aortitis auf Basis einer kongenitalen Lues**, von A. Lippmann. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 8.)

Ein 17jähriger Mann ist seit dem 13. Jahre herzleidend. Befund: einwandfreie Aortitis mit konsekutiver Aorteninsuffizienz, daneben Venenveränderungen, dabei sicher nachgewiesene Syphilis, welche außer den Gefäßveränderungen keinerlei Erscheinungen macht.

Schourp-Danzig.

44) **Über Myocarditis syphilitica neonatorum**, von Simmonds. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 10.)

Drei Säuglinge mit Lebensdauer unter 14 Tagen hatten Myokarditis. In allen drei Fällen fanden sich in den nach Levaditis Methode behandelten Herzabschnitten massenhaft Spirochäten zwischen den Fasern. Schourp-Danzig.

45) **Über die syphilitische Aortenerkrankung**, von Th. Denecke. (Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 10.)

In den Krankenhäusern sind die Aortenerkrankungen als Todesursachen häufiger als alle übrigen Spätfolgen der Syphilis zusammengekommen. Bei

jedem an Angina pectoris leidenden Patienten unter 50 Jahren, bei jedem mit Aorteninsuffizienz behafteten Patienten muß die Ätiologie durch Anstellung der Wassermann-Reaktion geklärt werden. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle wird sie positiv ausfallen und der Therapie einen sicheren Weg weisen, von dem der Arzt seinen Patienten nicht abirren lassen darf. Schourp-Danzig.

- 46) **Über einige Modifikationen der Färbungsmethode des Treponema pallidum mit ammoniakalem Silbernitrat**, von A. Fontana. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Verf. setzt den Gehalt an Silbernitrat von 5 auf 0,25% herab, weil man so eine intensive Färbung der Treponemen erzielt und zu gleicher Zeit die Bildung von Präzipitaten vermeidet. Schourp-Danzig.

- 47) **Die chemotherapeutische Wirkung von organischen Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten**, von P. Uhlenhuth, P. Mulzer und G. Hügel. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 9.)

Die Verf. haben mit azetyl-p-aminophenylstibinsaurem Natrium, mit benzosulphophenylstibinsaurem Natrium und mit urethanophenylstibinsaurem Natrium Versuche bei Hühnerspirillose, bei Kaninchensyphilis und bei mit Rekurrensspirillen und mit Dourine und Schlafkrankheitstrypanosomen infizierten Tieren Versuche mit teilweise guten Erfolgen angestellt. Besonders auffallend war die Wirkung auf syphilitische Hodenschanker von Kaninchen, die rapide zurückgingen. Das azetyl-p-aminophenylstibinsäure Natrium wandten sie auch bei einigen Fällen von menschlicher Syphilis in subkutanen Injektionen an. Die Einspritzungen waren reizend und schmerzhaft; ein therapeutischer Erfolg war nicht zu verkennen. Schourp-Danzig.

- 48) **Über „eigenlösende“ Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermann-Reaktion**, von Carl Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 9.)

Meerschweinchen, denen ein- oder mehrmals Blut entnommen ist, zeigen nach kürzerer oder längerer Zeit in ihrem Serum die Eigenschaft, auch ohne Ambozeptorzusatz Hammelblutkörperchen zu lösen. Diese Eigenschaft kann wieder verschwinden und zeigt sich vornehmlich bei der Verwendung des ganz frischen Serums. Durch die Verwendung solcher „eigenlösender“ Komplemente kann eine Fehlerquelle bei der Wassermann-Reaktion zustande kommen. Es ist daher vor jedem Versuch das Komplement auf seine „eigenlösende“ Eigenschaft zu untersuchen. Schourp-Danzig.

- 49) **Über akute syphilitische Nierenentzündung in der Frühperiode (Nephritis syphilitica acuta praecox)**, von E. Hoffmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 8.)

Die seltene Erkrankung kennzeichnet sich oft durch außerordentlich hohen Eiweißgehalt (3—8—13%) und wird am häufigsten in der Eruptionsperiode, mitunter schon vor der Roseola, gesehen. Sie kann sich durch plötzliches Auftreten von starken Ödemen und Hydrops verraten oder aber ganz unmerklich beginnen. Für ihre Diagnose ist der Befund von reichlichen Spirochaetae pallidae im Sediment des Katheterharns wertvoll. Zur Behandlung genügt nicht die gewöhnliche Nephritistherapie, sondern Salvarsan wie Quecksilber ist notwendig. Verf. empfiehlt eine vorsichtig einzuleitende Salvarsan-Hg-Kur. Schourp-Danzig.

- 50) **Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis**, von Marcus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)
Nach Verf. spielt bezüglich der Prognose weder das Alter der maternen

Lues noch die Erscheinungen der Mütter bei der Entbindung eine bestimmte Rolle, dagegen zeigt spezifische Behandlung während der Schwangerschaft stets einen sehr günstigen Einfluß. Eine durch Jahre fortgesetzte Behandlung sei notwendig, um Rezidive zu verhindern und die Seroreaktion dauernd negativ zu halten. Bei dieser Behandlung beobachtete Verf. nur ein Rezidiv auf 26 entlassene Kinder (längste Beobachtungszeit 13 Jahre). Auch die intra-uterine Behandlung hat auf den weiteren Verlauf der angeborenen Syphilis einen günstigen Einfluß gehabt. Schumacher-Berlin.

- 51) **Über die Brauchbarkeit von Rinderherzextrakten mit Cholesterinzusatz bei der Wassermannschen Reaktion**, von Bottler. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. fand, daß normale alkoholische Rinderherzextrakte mit Zusatz von Cholesterin häufig feinere Resultate geben als Rinderherzextrakte allein. Er empfiehlt die Anwendung des Cholesterinextraktes nur neben den gewöhnlichen Rinderherzextrakten, da der Verdacht bestehe, daß der Cholesterinextrakt in manchen Fällen zu feine Ausschläge gebe. Besonders wertvoll seien die Cholesterinextrakte bei beginnender und latenter Lues. Schumacher-Berlin.

- 52) **Über Immunisierungsversuche mit Spirochätenreinkulturen**, von Nakano. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. wies im Serum von Kaninchen, die mit abgetöteten Spirochätenkulturen vorbehandelt waren, Agglutinine nach, konnte Präzipitine jedoch nicht auffinden. Eine spezifische Komplementreaktion konnte er nicht mit Sicherheit konstatieren. Spirochäten auflösende Stoffe konnte er im Serum vorbehandelter Kaninchen in geringer Menge nachweisen, jedoch nicht in vitro und in Luesseren von Menschen. Eine aktive Immunisierung durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Spirochätenkulturen ergab kein Resultat, ebenso konnte ein Einfluß von einer Spirochätenvakzinebehandlung beim Menschen nicht beobachtet werden. Das Serum vorbehandelter Tiere hatte auf die Kaninchensyphilis weder eine Schutz- noch Heilwirkung. Schumacher-Berlin.

- 53) **Sind die Spirochäten den Protozoen oder den Bakterien verwandt?** von Dohi u. Hidaka. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 2.)

Die Verff. suchten auf serologischem Wege die Frage zu entscheiden, ob die Spirochäten zu den Protozoen oder den Bakterien gehören. Sie konnten verwandte biologische Beziehungen zwischen Spirochäten und Protozoen feststellen, nicht aber zwischen Bakterien und Spirochäten. Schumacher-Berlin.

- 54) **Histologische und experimentelle Studien über den Salvarsantod**, von Marschalko und Veszpremi. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 2.)

Die Verff. fanden, daß die sogen. Enzephalitis Todesfälle nach Salvarsaninfusionen der toxischen Wirkung des Mittels selbst zuzuschreiben sind und konnten dies durch intravenöse Injektionen bei Tieren bestätigen. Sowohl das klinische Bild, als auch die pathologischen Veränderungen deckten sich mit den beim Menschen erhobenen Befunden genau. Es handele sich bei diesen Vergiftungen um keine eigentliche Entzündung, sondern um multiple Hämorrhagien im Gehirn, hervorgerufen durch Stauung, Stase und Gefäßthrombose. Alle klinischen Symptome seien durch diese Blutungen zu erklären. Der sogen. Wasserfehler spiele bei diesen Intoxikationen keine Rolle, die Toxizität des Salvarsans bleibe im Tierexperiment selbst durch hohe Dosen von Wasserbakterienendotoxinen ganz unbeeinflusst. Die Verff. raten, ganz besonders bei der ersten Injektion zu kleinen Salvarsandosens überzugehen, da sie mit kleineren

Dosen, öfter wiederholt, dieselbe Heilwirkung konstatieren konnten wie mit einmaligen oder wiederholten hohen Dosen, ja sogar ihnen die Kupierung nach einmaligen kleinen Dosen gelang. Schumacher-Berlin.

- 55) **Einiges aus dem Leben Julius Bettingers, des Pfälzer Anonymus**, von E. Hoffmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. März.)

Bettinger wurde am 31. März 1802 als Sohn eines Postmeisters in Zweibrücken geboren, wurde mit 22 Jahren bereits Assistenzarzt an der Kreis-Armen- und Krankenanstalt zu Frankenthal in der Pfalz, deren leitender Arzt er 1836 wurde. In dieser Stellung blieb er bis 1885, in welchem Jahre er sein Amt niederlegte. Er starb am 6. Februar 1887. Immerwahr-Berlin.

- 56) **Die farblose Schmierkur**, von A. Schwenk. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1912. Nr. 22.)

Nachdem zunächst die Vorteile der Inunktionskur vor der Injektionskur geschildert worden, weist Verf. auf ein neues Präparat hin, bei dessen Anwendung alle Nachteile der offizinellen Quecksilbersalbe vermieden werden. Es ist dieses das Hygralon, von Dr. Ludwig Oesterreicher-Berlin hergestellt, eine aus Kokosöl dargestellte Hg-Kaliseife, von 30% Quecksilbergehalt. Die Wirkung ist dieselbe wie die der offizinellen grauen Salbe. R. Klokow-Berlin.

- 57) **Découverte du tréponème pale dans les cerveaux de paralytiques généraux**, par H. Noguchi. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 349.)

Verf., der im Rockefeller-Institute for Medical Research arbeitete, berichtet über zwei Beobachtungsreihen an Gehirnen von Individuen, die an allgemeiner Paralyse gestorben waren. Verf. betont ausdrücklich, daß es sich um typische Fälle von Paralyse, nicht um Zerebrospinalsyphilis gehandelt habe. (Bei der knappen Fassung der Notiz muß der Leser diesen Satz als bewiesen hinnehmen. Ref.). Die erste Reihe, die 70 Fälle umfaßte, lieferte nach Untersuchung nach der etwas abgeänderten Methode von Levaditi bei 12 Gehirnen positive Befunde von Treponema pallidum. Die Mikroben fanden sich spärlicher oder häufiger in allen Schichten der Rinde und der subkortikalen Zone vor, und zwar ohne Beziehungen zu den Gefäßen; die Pia war frei geblieben. In 7 Fällen konnte der Beginn der Krankheit („maladie“, der Paralyse oder der Lues? Ref.) festgestellt werden, er lag durchschnittlich 17 Monate zurück (kürzeste Dauer 3, längste 30 Monate). Aus einer zweiten Beobachtungsreihe, die sich auf 100 Gehirne derselben Kategorie erstreckt, bespricht Verf. nur zwei Objekte genauer; auch bei ihnen konnten teils nach Levaditi, teils mit dem Ultramikroskop am frischen Material sehr zahlreiche Treponemen nachgewiesen werden. B. Solger-Kissingen.

- 58) **Association de méningite syphilitique et de paralysie générale; présence de tréponèmes dans les meninges**, par G. Marinesco et J. Minea. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 709.)

Die Verf. untersuchten 26 in Formol fixierte Gehirne von Individuen, die an allgemeiner Paralyse zugrunde gegangen waren, nach der Silbermethode, ohne daß es ihnen, wie Noguchi gelang, Spirochäten nachweisen zu können. Auch die Untersuchung gleichwertigen frischen Materials mit dem Ultramikroskop lieferte ein negatives Ergebnis. Ebensowenig waren bei einem Luetiker, der sich vor 14 Jahren infiziert hatte und während eines epileptiformen Anfalls zugrunde gegangen war, nachdem die Zeichen der allgemeinen Paralyse (Zittern der Lippen und der Zunge, erschwerte Sprache, Störungen des Gedächtnisses, Ungleichheit der Pupillen) einige Jahre bestanden hatten, weder in der grauen noch in der weißen Gehirns substanz Spirochäten nachweisbar.

Gleichzeitig fand sich aber, wie nach gewissen klinischen Zeichen zu erwarten war, eine Meningitis. In der Nähe der veränderten Gefäße und im Gewebe der Pia selbst traten nun nach Anwendung der Methode von Cajal (ammoniakalischer Alkohol) Exemplare von *Treponema pallidum* deutlich hervor; sie lagen entweder einzeln oder in Gruppen beisammen und erschienen, wie die Abbildungen lehren, bald gestreckt, bald zusammengekrümmt. Nachträglich zeigte aber Levaditi in der Sitzung der Soc. de Biol. vom 12. April d. J. ein von den Verff. eingesandtes, mit Silber imprägniertes Präparat, das von einem parasyphilitischen Gehirn stammte und mitten in der grauen Substanz zahlreiche typische Treponemen erkennen ließ. B. Solger-Kissingen.

59) **Über die Behandlung der progressiven Paralyse**, von Westphal. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Durch die Befunde Noguchis hat es sich gezeigt, daß die Paralyse eine echt syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems ist. Trotzdem wird man sich, bevor sich nicht für eine spezifische Behandlung neue Wege geöffnet haben, im wesentlichen auch fernerhin darauf beschränken, durch symptomatische Behandlung und sorgfältigste Pflege das Los der Kranken nach Möglichkeit zu erleichtern. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

60) **Über akute, septische Infektion der Niere und ihre chirurgische Behandlung**, von E. Joseph. (Zeitschrift f. Urologie. VII. 1913.)

Verf. erläutert zunächst die Ätiologie und die Differentialdiagnose der Pyelonephritis, der Pyelitis und des paranephritischen Abszesses. Die Entscheidung über die vorzunehmenden therapeutischen Maßnahmen ist häufig außerordentlich schwierig. Verf. zeigt dieses an einzelnen Fällen. Während bei entzündlichen Infiltrationen des Nierenparenchyms ein exspektatives Verhalten zum Ziele führt, ist bei eitriger Veränderung in demselben und um dasselbe ein chirurgischer Eingriff angezeigt. Hier ist wieder oft schwer zu entscheiden, ob eine Spaltung der Niere genügt oder die Exstirpation das vorteilhaftere ist. Am leichtesten ist das Handeln noch bei der Pyelitis.

R. Klokow-Berlin.

61) **Die „Uvula vesicalis“ und ihre Beziehung zur Prostatahypertrophie**, von G. Verga. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Die Uvula vesicalis ist ein konstantes Organ, das auch bei Tieren leicht nachzuweisen ist, besonders bei solchen, bei denen das Trigonum sich der menschlichen Form nähert — Hund, Affe. Das Organ besteht im wesentlichen aus einer Schleimhautfalte, gestützt von einem Bündel von Längsmuskelfasern aus einer Verdickung der Submukosa und einigen Drüsen vom Bau der submukösen Prostataadrüsen. Es ist morphologisch als der etwas vergrößerte Anfangsteil der Crista urethralis posterior anzusehen und hat mit dieser eine bemerkenswerte Ähnlichkeit in der Struktur. Es hat mit der Prostata nichts zu tun und verhält sich bei Hypertrophie dieser verschieden, je nachdem Vergrößerung eines Seitenlappens oder Adenom bzw. Adenofibrom der submukösen Prostataadrüsen vorliegt; es hat nichts mit den sogen. Blasenklappen zu tun (barrières vesicales von Mercier, Blasenhalbsklappen der deutschen Autoren).

Schourp-Danzig.

62) **Ein neues Instrument zur intraurethralen Behandlung von Neubildungen, insbesondere auch zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittels**

Elektrokoagulation, von R. Kutner. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1913. Nr. 9.)

Das Instrument soll angewandt werden zur Zerstörung von Neubildungen in der Urethra bzw. am Übergang von Harnröhre zur Blase auf intra-urethralem Wege mittels Hochfrequenz. Es hat die Gestalt eines Katheters und ist mit Spülvorrichtung und Beleuchtung versehen. Verf. hat Papillome usw. ohne Schwierigkeit entfernt, ob größere Prostatalappen zum Verschwinden zu bringen sind, soll die Zukunft lehren. R. Klokow-Berlin.

III. Bibliographie.

E. Sommer, **Jahrbuch über Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der physikalischen Medizin**. (II. Leipzig, Nernich, 1912. 12 Mk.) — Der gediegene Inhalt dieses Buches schließt sich würdig dem des ersten Bandes an. Von den unser Spezialfach berührenden Kapiteln seien folgende hervorgehoben: Die Radioaktivität der Heilquellen von K. Aschoff in Kreuznach, Über Diathermie und den jetzigen Stand der Hochfrequenzbehandlung von Nagelschmidt, Heliotherapie von O. Bernhard, Kältebehandlung bei Hautkrankheiten von Axmann, die therapeutische Anwendung des Radium von Löwenthal, Röntgentherapie von H. E. Schmidt und Sommer, Hyperämiebehandlung von E. Joseph, Diffuse, ultraviolette Strahlung in der Therapie von Axmann, Quarzlampe von Brustein. Die vorzügliche, nach jeder Richtung erschöpfende Darstellung der anerkannten Mitarbeiter lassen das Buch auch in unserem Spezialfach schon fast unentbehrlich erscheinen. 26 Illustrationen im Text und 16 Abbildungen auf 8 Tafeln erhöhen wesentlich den Wert des Werkes. J.

W. Harttung, **Syphilis der Bewegungsorgane, Knochen, Gelenke, Muskeln**. (Handbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien, Hölder, 1912.) — Die vorzügliche monographische Bearbeitung des Verf.'s zeugt von einer großen eigenen Erfahrung und einer glänzenden Beherrschung der Literatur, welche bis auf die neueste Zeit voll verwertet ist. Das etwas spröde Thema ist anregend geschrieben und schließt sich würdig den übrigen Kapiteln dieses ausgezeichneten Handbuches an. J.

P. J. Eichhoff, **Praktische Kosmetik für Ärzte und ausgebildete Laien**. (3. Aufl. Wien, Deuticke, 1913. 7,50 Mk.) — Die dritte, im Verlauf von 20 Jahren erschienene Auflage beweist wohl am besten den Wert des Buches. Im großen und ganzen ist nicht viel gegenüber der zweiten Auflage verändert. Nur ist es selbstverständlich, daß die neuen wissenschaftlichen und praktischen Seiten in bezug auf Diagnose und Therapie auch jetzt vollauf gewürdigt sind. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Asiatische Pillen:

- Rez. Acid. arsenicos. 0,2
1) Pulv. pip. nigr.
Extract. Liquir. ana
q. s. u. f. pil. Nr. 100
S. 3—6 Pillen tgl. zu nehmen.
(Veiel.)

J.

Eczema chronicum:

- Rez. Tumenolammonii 1,0—3,0
2) Zinci oxydat.
Talc.
Glycerin.
Aq. dest. ana ad 100,0
S. Zum Umschütteln.
(Veiel.)

J.

Spermatorrhoe:

3)	Rez. Styptol.	2,0
	Ergotin.	7,0
	Extr. nuc. vom.	3,5
	M. f. caps. Nr. 100.	

D. S. Eine Kapsel morgens und abends zu nehmen.
(J. W. Koehn-Chicago, Medical Standard. 1912. August.)

J.

V. Vereinsberichte.

Krakauer ärztlicher Verein.

Sitzung vom 12. Februar 1913.

Gelegentlich der Demonstration der Anwendung des neuesten großen Gullstrandschen Ophthalmoskops berichtete Wicherkiewicz über einen seltenen Fall eines intrabulbären syphilitischen Tumors bei einem mit hereditärer Lues behafteten Knaben. Dieseluetische Geschwulst bedeckte anfangs den Opticus und den benachbarten Teil der Netzhaut, indem sie mit einem Ausläufer weit über die Macula lutea reichte. Nach einer Behandlung mittels des neuen antiluetischen Präparates Hallopeaus, des arsenhaltigen Hektins, ging der Tumor derart stark zurück, daß man schon die Papille und den nächsten Retinaabschnitt bloßgelegt sehen kann. Mit Hilfe des obenerwähnten Ophthalmoskops, welches jedem auch ohne Erfahrung im Augenspiegeln das Beobachten des eingestellten Teiles des Augenhintergrundes ermöglicht, konnte mit Leichtigkeit der hellgraue, unregelmäßig runde, die Gegend der Macula einnehmende Tumor konstatiert werden. Im Maßstabe der Verkleinerung der Geschwulst besserte sich auch die Sehschärfe.

Baschkopf-Krakau.

VI. Vermischtes.

Von dem prachtvollen Atlas Gastons (Le laboratoire du praticien. Paris, Poinat, 1913), dessen erste Lieferung wir schon früher angezeigt haben, liegt mir jetzt der zweite Band mit 423 Figuren und Photographien auf 24 Tafeln vor. Die Abbildungen der Spirillen nach verschiedenen Färbungen und im Ultramikroskop stehen unübertroffen da. Auf gleicher Höhe stehen aber die Darstellungen des Ulcus molle, der Gonorrhoe, des Madurafußes, des Karzinoms, der Tuberkulose, der experimentellen Syphilis und vieler anderer. Bei dem geringen Preis von 4 Frca. können wir nicht dringend genug zur Anschaffung raten.

J.

Wir versäumen nicht, unsere Leser auf das im Springerschen Verlag zu Berlin erscheinende Centralblatt für die gesamte Gynäkologie und auf das Centralblatt für die gesamte Chirurgie aufmerksam zu machen. In beiden werden vielfach Grenzgebiete mit unserem Spezialfache berührt.

J.

Die 57. Auflage der von der J. D. Riedel Aktiengesellschaft, Berlin, herausgegebenen Riedels Berichte ist soeben erschienen und enthält wie die früheren Jahrgänge eine beträchtliche Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten, deren Inhalt in Ärztekreisen Interesse finden dürfte. Besondere Beachtung verdient Teil II der Berichte mit einer Übersicht der wichtigsten Arbeiten auf pharmakotherapeutischem Gebiete. In dieser Übersicht gelangen die bemerkenswertesten im Laufe des verflossenen Jahres veröffentlichten Arbeiten über Arzneimittel vorurteilsfrei zur Besprechung.

J.

VII. Personalien.

a. o. Prof. Wolff in Straßburg wurde zum ordentlichen Professor der Dermatologie daselbst ernannt.

Tschlenoff wurde in Moskau zum a. o. Prof. der Dermatologie ernannt und wird am Mjassnitzkischen Krankenhause seine Vorlesungen halten.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Prof. Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1913.

Juli.

Nr. 10.

Inhalt. **I. Originalmitteilung.** Über die Trockenluftbehandlung von nässenden und juckenden Dermatosen, von Dr. Else Wagner-Katz.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Das Mesothorium in der Dermatologie, von Kuznitzky. 2) Über Radium- und Mesothoriumbehandlung bei Hautkrankheiten, von Saalfeld. 3) Histologische Untersuchung der normalen und pathologischen Gewebe unter dem Einfluß der Radiumstrahlen, von Th. Dohi und G. Maki. 4) Das Teerpräparat Pinosol in der Hauttherapie, von R. Polland. 5) Dymal, besonders empfehlenswert bei Verbrennungen zweiten Grades im Gesicht, von Berliner. 6) Azione che esercitano sulla alle alcune sostanze spumose, per Galimberti. 7) Zur internen und externen Anwendung des Hefepräparats Furunkulin, von R. Polland. 8) Über eine seltene Anomalie des Haarwechsels, von Hochstetter. 9) Weitere Erfahrungen über Molyform (saures molybdänsaures Natron), von E. Lampé u. H. Klose. 10) Weitere Erfahrungen über Idiosynkrasie gegen Brom- und Chininsalze als Überempfindlichkeitserscheinungen beim Kaninchen und Meerschweinchen, von Manoiloff. 11) Über die Heilung des Juckens mit autogener Vakzine, von Schischlo. 12) Sur un nouveau procédé de dépigmentation des coupes histologiques (action de l'acide chromique sur les pigments oculaires et la mélanine des tumeurs, par J. Mawas. 13) Färbung der marklosen Hautnerven beim Menschen, von K. Kreibich. — Entzündliche Dermatosen. 14) Über die Behandlung der Psoriasis mit Thorium X, von F. Gutzent und Winkler. 15) The classification of the chronic resistant macular and maculo-papular scaly erythrodermias, by R. L. Sutton. 16) Dermatitis infolge Berührung von thus Roxicodendron, von Bühler. 17) Ein Fall von Keratoma palmaris et plantaris hereditarium, behandelt mit Radium- und Röntgenstrahlen, von K. Dohi und M. Mine. 18) Hyperkeratosis punctata spinulosa et striata cuniculiformis, per Vignolo-Lutati. 19) Zur Anatomie des Ekzema seborrhoicum und der seborrhoischen Warzen, von Kreibich. 20) Trichostasis spinulosa, von Nobl. 21) Über eine bisher noch nicht beschriebene Dermatoze „Pityriasis circinata“, von Toyama. 22) Ein Fall von akutem pemphigusähnlichem Exanthem im Verlaufe des Abdominaltyphus, von A. Reuter. — Zirkulationsstörungen der Haut. 23) Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum mit Exitus letalis, von de Amleis. 24) Della purpura annularis teleangiectodes (Majocchi), per Pasini. 25) Sopra ars caso singolare di edema acutissimo del viso e dei genitali, per Martinotti. 26) Therapie des Juckens, namentlich bei Urticaria, von J. Garnmann. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 27) Über kombinierte Behandlung von Hautkarzinomen mit Kohlensäuregefrierung und Röntgenstrahlen, von Fabry. 28) Bericht über die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus, von Joh. Fabry. 29) Seborrhoe der Unterlippe und ihre Beziehungen zum Epitheliom, von D. W. Montgomery. 30) Morphaea-ähnliches Epitheliom, von Heldingsfeld. 31) Cancerous degeneration in chronic leg ulcer, by W. S. Gottheil. 32) Untersuchungen über Verruga peruviana, von Mayer, Rocha-Lima und Werner. 33) Behandlung des Rhinophyma mit Radium, von Degrais. 34) Zwei Fälle von Cornua cutanea in systematisierten Naevi sebacei, von A. Bergmann. 35) Über erfolgreiche Behandlung des Hidrocystoma tuberosum multiplex, von M. Joseph und C. Siebert. 36) Ein Fall von Hydradenoma eruptivum Darier et Jacquet (Syringozystenadenom), von M. Hodara. 37) Neue Feststellungen bei Framboesia tropica, von

B. Hannes. — Neuritische Dermatosen. 38) Deux cas d'alopecie du cuir chevelu par shock nerveux, par **Fouquet**. 39) On a small epidemic of an areata alopecia, by **T. Colcott**. 40) Follicolite atrofizzante delle parti glabre, per **Truffi**. 41) Pseude-area del Brocq, per **Carrucelo e Montesano**. 42) Pemphigus malignus, durch einmalige intravenöse Blutinjektion geheilt, von **Praetorius**. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 43) Über kombinierte Behandlung des Lupus mit Alt-tuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum, von **Bettmann**. 44) Qu'en sommes-nous avec le traitement de la lèpre, par **P. de Galatz**. 45) The cultivation of the bacillus of leprosy and the treatment of cases by means of a vaccine prepared from the cultivations, by **E. R. Rost**. 46) The cultivation of leprosy bacillus, by **T. S. B. Williams**. 47) Un nuovo caso (6°) di boules brasiliana o malattia del breda, per **Nerrotti**. 48) Beitrag zur Kenntnis der Blastomykosen (Lymphangitis epizootica und Histoplasmosis), von **H. da Rocha-Lima**. 49) Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin, von **C. Beck**. 50) Deux cas d'érythème induré de Bazin, par **Thibierge**. — Gonorrhoe. 51) Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. II Teil, von **C. Bruck**. 52) Über Arthigon, von **K. Seto**. 53) Über Gonargin, ein neues Vakzinepräparat, von **J. Schumacher**. 54) Zur Differenzierung gramnegativer Diplokokken mit Hilfe der Agglutinations- und Komplementbindungsreaktion. 55) Jodipin per Clysmas bei Prostatitis, von **Fischel**. 56) Ein Instrument zur radikalen Phimosenbeseitigung, von **Spitzzy**. 57) Bones radio-actives dans le traitement épididymitis blennorrhagiques, par **Regnault et Cottin**. — Venerische Helkosen. 58) Klinische und bakteriologische Studien über Ulcus molle und Ducreysche Streptobazillen, von **Ito**. — Syphilis. 59) Klinischer und tierexperimenteller Beitrag zur Toxikologie des Salvarsans, von **Miedreich**. 60) „Amerikanischer Ursprung“ und „Mal franzoso“ um die Mitte des 15. Jahrhunderts in Italien, von **Sudhoff**. 61) Über die Todesfälle nach intravenösen Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan, von **E. Tomaszewski**. 62) Die Einwirkung wiederholter Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen auf das Blut, von **K. Heden**. 63) Quecksilber und Salvarsan. Bemerkungen zur Syphilistherapie und zur Wirkung der gebräuchlichen Antisyphilitika, von **E. Finger**. 64) Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan in der Privatpraxis, von **E. Freund**. 65) Three genital and four extra-genital chancres in one patient, appearing consecutively in the course of 39 days, by **W. S. Gotthell**. 66) Über Parallelversuche mit Alt- und Neosalvarsan, von **Gutmann**. 67) Die jetzigen Heilmittel der Syphilis und ihre Anwendung in der Praxis, von **Touton**. 68) Die Prinzipien der modernen Syphilistherapie, von **Neisser**. 69) Status thymolymphticus und Salvarsan, von **Rindfleisch**. 70) Darf Neosalvarsan ambulant angewandt werden? von **Touton**. 71) Über Ausscheidungswerte und Speicherungsverhältnisse nach Einfuhr von Salvarsan in den menschlich-tierischen Organismus, von **Ullmann**. 72) Le traitement de la syphilis, par **Dujardin**. 73) I. Présence du treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux. II. Présence constance du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux morts en ictus, par **A. Marie, C. Levaditi et J. Bankowski**. III. Présence du treponema pallidum dans la paralysie générale, par **G. Marinesco et J. Minea**. 74) Eine neue Spritze zur Injektion von konzentrierter, unter Luftabschluß hergestellter Neosalvarsanlösung, von **Duhot**. 75) Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektion, von **A. Strauss**. 76) Über die Nebenerscheinungen nach intravenöser Salvarsaninjektion, von **S. Akuton, T. Okochi und Y. Nakagawa**. 77) Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis nebst ergänzenden Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit, von **Altmann und Dreyfuss**. 78) Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrandes, von **Mokrzecki**. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 79) Zur Behandlung der Pollutionen, von **Lissmann**. 80) Orchite aiguë primitive des enfants, par **Ombredanne**. 81) Practical value of blooderyoscopy for the determination of renal function, by **Krotoszyner and Hartmann**. 82) Herpes zoster in connection with kidney lesions, by **Krotoszyner**. 83) Clinical aspects of urosepsis, by **Krotoszyner**. 84) Congenital renal and uretral anomaly, by **Rolleston**. 85) Nephrectomy in a case of bilateral pyelonephritis recovery, by **Krotoszyner**.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte — VI. Vermischtes. — VII. Personallen.

I. Originalmitteilung.

[Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

Über die Trockenluftbehandlung von nässenden und juckenden Dermatosen.

Von Dr. Else Wagner-Katz,
Assistentin.

Von der Erwägung ausgehend, daß trockene, keimfreie Luft das Wachstum der meisten in feuchter Wärme gedeihenden, pathogenen Wundbakterien hindert und dadurch sekretvermindernd und heilend wirkt, war man bisher in der Behandlung von nässenden Wundflächen bestrebt, durch Drainage, aufsaugende Verbände, Puder, Trockenpinselungen, Pasten und Applikation von Adstringenzen, sowie leicht verdunstenden Alkoholen Trockenheit und eine schnellere Heilung zu erzielen. Häufig führen derartige Maßnahmen zum Erfolge, oft aber erlebt man trotz sorgfältiger medikamentöser Behandlung keine Besserung, mitunter wirken alle mit den sezernierenden Wundflächen in direkte Berührung kommende Mittel eher stark entzündungserregend und dadurch die Wunden reizend als heilend und lindernd. Als ein Fortschritt in der rein physikalischen Behandlung von nässenden Wundflächen, wie sie besonders bei *Ulcerata cruris* und Ekzemen gefunden werden, ist daher die Applikation von künstlich erzeugter Trockenluft zu betrachten, die Prof. R. Kutner¹ (mit seinem bei Reiniger, Gebbert & Schall hergestellten Apparate „Siccor“) in die Therapie einführte.

Die in unserer Poliklinik mit trockener Luft bis jetzt behandelten Fälle betrafen vorwiegend Patienten mit nässenden *Ulcerata cruris* und stark sezernierenden Ekzemen. Da der bei allen derartigen Affektionen vorhandene starke Juckreiz von der Trockenluft günstig beeinflußt wurde, sahen wir uns veranlaßt, auch einige stark juckende Dermatosen mit trockener Luft zu behandeln. Es wurden bis jetzt 30 Patienten der Behandlung mit Trockenluft aus dem Kutnerschen Apparate unterzogen. Bei sämtlichen Patienten hatte bereits vorher längere Zeit hindurch eine lokale und teilweise interne medikamentöse erfolglose Therapie stattgefunden. Unter den 30 Fällen befanden sich 12 Patienten mit *Ulcerata cruris*; von diesen waren zwei spezifischer Natur. Die übrigen hatten

¹ Eine neue Methode der Behandlung von Wunden und sezernierenden Hautflächen mit trockener Luft; Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1910. Nr. 7 u. 2. Eine neue Methode der Behandlung von Wunden, Schleimhaut und sezernierenden Hautflächen mit getrockneter Luft; ebenda. 1911. Nr. 23.

sich auf varikös-traumatischer Grundlage entwickelt. 12 Patienten litten an stark nässenden Ekzemen und in 6 Fällen wurde bei juckenden Dermatosen eine Behandlung mit Trockenluft vorgenommen. Sämtliche an *Ulceræ cruris* leidende Patienten gingen während der Behandlung ihrer Beschäftigung nach, so daß Hochlagerung und Ruhe, zwei die Heilung sonst unterstützende Momente, in Wegfall kamen. Lokal wurden die Patienten in der Zeit des Intervalls zwischen den Luftduschen nur mit indifferenten Mitteln, Zinköl, Zinkpaste und Lanolin verbunden. Alle Patienten erhielten entweder täglich oder jeden zweiten Tag $\frac{1}{2}$ Stunde hindurch mit $\frac{1}{4}$ stündiger Pause trockene, nicht erhitze Luft von normaler Zimmertemperatur. Der an jede elektrische Leitung anschließbare R. Kutnersche Apparat treibt durch einen Motor die angesaugte Zimmerluft zur Reinigung und Filtration durch einen mit Paraffinum liquidum gefüllten Zylinder, alsdann wird die gereinigte Luft zur Entwässerung durch zwei Zylinder, in denen sich mit Schwefelsäure getränkter, ausgeglühter Bimstein befindet, und darauf zur völligen Wasserentziehung durch ein mit hygroskopisch wirkendem Ätznatron gefülltes Zylindersystem geleitet. Das Ätznatron dient gleichzeitig als Indikator für die Trockenheit der dem Apparate entströmenden Luft, da das Ätznatron bei dem geringsten Feuchtigkeitsgehalt der Luft aus dem trockenen in den wäßrigen Aggregatzustand übergeht. In einer Minute werden durch den Apparat 20 Liter Trockenluft erzeugt, die man durch Hebelvorrichtung dosieren und alsdann durch weitere Hebel beliebig temperieren kann. Da wir immer an der Hautoberfläche lokalisierte Affektionen in Behandlung nahmen, die bei nässenden Ekzemen, *Ulceræ cruris* und juckenden Dermatosen meistens schon mit Hitzegefühl für den Patienten verbunden sind, bedienten wir uns ausschließlich trockener Luft von normaler Zimmertemperatur, die beim Ausströmen aus dem Apparat eher als etwas kühl empfunden wird.

Bei den mit Trockenluft behandelten Fällen von *Ulceræ cruris* sahen wir übereinstimmend mit Jaffé,¹ mit Ausnahme eines einzigen Falles, im allgemeinen eine günstige Beeinflussung dieser Affektion. Sämtliche Patienten waren subjektiv sehr befriedigt, sie beobachteten alle ein schnelles Nachlassen der Schmerzen, des Juckreizes und des lästigen Brennens. Objektiv hörte nach mehrmaliger Trocknung die Sekretion der *Ulceræ* auf und die trockene, gereinigte Geschwürsfläche wies bald frische Granulationen und teilweise Epithelisierung auf. Bei einigen Patienten verschwand durch die Trockenluftbehandlung auch das in der Umgebung des *Ulcus* lokalisierte Ödem. Wenn wir auch nicht immer eine vollständige Heilung der *Ulceræ cruris* mit dieser Behandlungs-

¹ Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 1913.

methode zu erzielen vermochten, so ist sie doch schon durch die Linderung der Beschwerden und die Anregung zur Granulationsbildung als ein neues Mittel für die so viel Geduld erfordernde Behandlung der *Ulcera cruris* zu begrüßen. Von unseren 12 Fällen entzogen sich vier der Behandlung, ein Fall wies trotz der Trockenluftapplikation keine objektive Besserung auf, sondern sezernierte nach wie vor gleich stark; subjektiv war auch dieser Patient zufrieden, da die Schmerzen bei ihm nachgelassen hatten. Von den übrigen Fällen mögen einige der Vollständigkeit halber hier kurz erwähnt werden:

I. Frau K. Die Patientin weist ein tubero-serpiginöses Syphilid des Halses auf und ferner fünf seit 4 Jahren bestehende mark- bis pfennigstückgroße *Ulcera* des linken Unterschenkels. Die *Ulcera* haben einen glatten, erhabenen Rand und stark sezernierenden, speckigen Grund. Die Patientin klagt über starkes Jucken in den Geschwüren. Außer der spezifischen Therapie erhält die Patientin Trockenluft. 13./II. 1913. Die *Ulcera* sind absolut trocken, nach fünf Behandlungen mit dem „Siccor“. Der Geschwürsgrund ist mit roten, frischen Granulationen bedeckt. 20./II. Vier *Ulcera* sind epithelisiert und bereits bedeutend kleiner, als zu Beginn der Behandlung. Ein markstückgroßes fünftes *Ulcus* ist trocken, aber wenig verändert. 28./II. Zwei *Ulcera* sind zugeheilt und weisen glatte, dunkel pigmentierte Narben auf. Die anderen drei *Ulcera* machen in der Epithelisierung gute Fortschritte. 23./III. Sämtliche *Ulcera* sind zugeheilt.

II. Frau St. Seit 3 Jahren bestehendes, stark nässendes, sehr schmerzhaftes, juckendes, handtellergroßes, unregelmäßig begrenztes *Ulcus* des linken Unterschenkels am Malleolus internus. Wassermann ++. Am 16./I. 1913 weist das *Ulcus* trotz vorangegangener spezifischer und lokaler Behandlung keine Besserung auf. 8./II. Da spezifische Kur erfolglos war, wird das *Ulcus* einer Behandlung mit Trockenluft unterzogen. 16./II. Das *Ulcus* ist trocken und wenig schmerzhaft. Der Juckreiz hat vollkommen aufgehört. 5./III. Am Rande weist das *Ulcus* deutliche Granulationen auf; in der Mitte des Geschwürs hat sich eine etwa 1 cm lange und $\frac{1}{2}$ cm breite Epithelinsel gebildet, von der aus wiederum frisches Granulationsgewebe entsteht. 20./III. Das *Ulcus* ist etwa um die Hälfte kleiner geworden. 2./IV. Die Heilung schreitet langsam fort; die Patientin ist frei von Schmerzen und das *Ulcus* trocken. Die Patientin ist sehr zufrieden und kommt nach wie vor jeden zweiten Tag von außerhalb in die Poliklinik zur Trockenbehandlung. 15./V. Die Heilung schreitet langsam vorwärts, Patientin bleibt weiter in Beobachtung und Behandlung.

III. Herr Friedrich N. Seit 13 Jahren besteht bei dem Patienten ein 3 cm langes, 2 cm breites, stark juckendes, nässendes *Ulcus* am Malleolus internus des rechten Fußes, in der Umgebung des *Ulcus* starkes Ödem. Bisherige lokale, medikamentöse Behandlung war erfolglos. 16./II. 1913. Nach fünfmaliger Behandlung mit Trockenluft ist das *Ulcus* nur noch erbsengroß, vollkommen trocken, der Rand des *Ulcus* flach, am Grunde sieht man frisches Granulationsgewebe, der Patient klagt nicht mehr über Juckreiz. 20./II. Das *Ulcus* ist fast vollkommen heil; das Ödem geschwunden, ebenso die Schmerzen und der Juckreiz. 20./III. Das *Ulcus* ist trocken, doch trotz es der völligen

Heilung. Ähnlich verhielten sich noch bei zwei anderen Patienten die Ulcera; anfangs reagierten sie schnell auf die Trockenluftbehandlung und begannen sich zu epithelisieren, dann trat ein Stillstand in dem Heilungsverlaufe ein.

IV. Frau L. Kirschgroßes, 4 Jahre bestehendes, schmerzhaftes, stark sezernierendes Ulcus des rechten Unterschenkels, das auf varikös-traumatischer Grundlage entstanden ist. Das Geschwür ist 1 cm oberhalb des Malleolus internus lokalisiert, der Rand desselben aufgeworfen, der Grund ist speckig, an den Seiten des Ulcus befindet sich ein entzündliches Ödem. 3./III. 1913. Nach achtmaliger Behandlung mit Trockenluft ist das Ödem geschwunden, der Geschwürsgrund trocken und rein und mit frischen Granulationen bedeckt. 20./III. Die Patientin klagt nicht mehr über Schmerzen, vom Rande beginnt die Epithelisierung des Ulcus. 2./IV. Das glatt heilende Ulcus ist nur noch erbsengroß. 22./V. Das Ulcus ist vollkommen geschlossen, die Narbe glatt.

Angeregt durch die günstige Beeinflussung der Sekretion bei Ulcera cruris, wandten wir die Behandlung mit Trockenluft auch bei 12 stark nässenden, vorher bereits erfolglos behandelten Ekzemen an. Von diesen 12 Fällen trat in 5 Fällen eine vollständige Heilung ein; 2 Patienten entzogen sich der Behandlung, 5 Fälle wiesen eine wesentliche Besserung auf und befinden sich teilweise noch in Beobachtung. Auffallend war bei allen Ekzemen das schnelle Eintreten der vollkommenen Trockenheit. Auch wurde diese Behandlung von den Patienten als viel schonender empfunden als die medikamentöse, bei der durch den lästigen Verbandwechsel die angetrockneten Borken von den Patienten oft gewaltsam entfernt wurden, und danach dann erst recht eine Reizung der Ekzeme auftrat. Auch ist es, wie jeder Praktiker weiß, besonders bei mit Ekzemen behafteten Säuglingen, sehr schwer, gutsitzende Verbände zu erzielen, ja bei einer ambulanten Behandlung beinahe unmöglich. Zur Illustration für die gute Wirksamkeit der Trockenluftbehandlung bei Ekzemen mögen hier einige Krankengeschichten folgen:

I. Walter K. 6monatiges Brustkind, bei dem sich auf Grund einer exsudativen Diathese ein stark nässendes, universelles Ekzem ausgebildet hat. Dasselbe ist seit 3 Monaten erfolglos behandelt. Außer einer geänderten Diät genügte eine viermalige Behandlung mit Trockenluft vom 7./II. bis zum 10./II. 1913 zur vollkommenen Heilung des Ekzems.

II. Herr H. weist ein seit einem Jahre vorhandenes, handtellergroßes, stark sezernierendes Ekzem des linken Fußrückens auf. Patient leidet besonders unter dem lästigen Juckreiz. Nach fünfmaliger Trockenluftapplikation vom 9./II. bis zum 2./III. 1913 ist das Ekzem vollkommen geheilt, trotzdem in diesem Falle die Behandlung nur mit größeren Unterbrechungen wegen der Berufstätigkeit des Patienten vorgenommen werden konnte. Während der Intervalle wurde das Ekzem nur mit Zinköl verbunden.

III. Herr F. Seit 14 Tagen weist Patient eine akute Exazerbation eines seit 3 Jahren bestehenden chronischen Ekzems des rechten Unterschenkels auf. 25 cm lange, 10 cm breite, stark nässende, gerötete, schmerzhaftes Ekzemfläche in der Gegend der Tibiakante sichtbar. 20./II. 1913. Nach dreimaliger Appli-

kation von Trockenluft ist die Ekzemfläche trocken, stellenweise frisch epithelisiert, der Schmerz geschwunden. 27./II. Nach weiteren vier Behandlungen mit Trockenluft ist das Ekzem vollkommen trocken und reizlos und nach weiteren 2 Tagen unter indifferenten Salbenverbänden vollkommen abgeheilt.

IV. Curt B. 7 Monate altes Brustkind. Seit 3 Monaten Ekzema faciei et corporis stark nässend und juckend. Trockenluftbehandlung vom 27./IV. bis zum 1./V. 1913 nach dreimaliger Anwendung der Trockenluftdusche ist die Trocknung des Ekzems erzielt. Als die Mutter das Kind am 6./V. vorstellte, bietet die Ekzemfläche eine vollkommene Trockenheit dar. Leider hat die Mutter das Kind in der Poliklinik seitdem nicht mehr gezeigt.

V. Wilhelm H. Seit einigen Jahren besteht bei dem Patienten ein chronisches Ekzem beider Arme, stark nässend und juckend. Die Arme sind gerötet, stellenweise etwas geschwollen, mit wäßrigem Sekret bedeckt und bieten das Bild einer akuten Exazerbation eines chronischen Ekzems dar. 25./V. 1913. Patient ist dreimal mit Trockenluft behandelt worden und weist vollkommene Trockenheit der Ekzemfläche des rechten Arms auf; am linken Arm besteht noch mäßige Röte und Sekretion. 27./V. Das Ekzem ist an beiden Armen trocken, der Juckreiz ist gemildert, an einigen Stellen weist die Ekzemfläche bereits wieder normale Überhäutung auf.

Da wir sowohl während der Behandlung der nässenden Ekzeme als auch der Ulcera cruris fast stets den begleitenden Juckreiz von der Trockenluftbehandlung günstig beeinflußt sahen, wandten wir den trockenen Luftstrom auch in 6 Fällen von juckenden Dermatosen an. Wenn Neisser das Aufhören des Juckens beim Kratzen als eine lokale Entlastung und Entspannung durch Blut- und Serumaustritt an den Stellen, an denen durch Flüssigkeits- und Zellansammlung ein Druck auf die äußersten Nervenendigungen ausgeübt wird, ansieht, so wäre es wohl denkbar, daß durch eine einfache Austrocknung an der Hautoberfläche durch die Trockenluft eine Gewebsentlastung zustande kommt, und so das Aufhören des Juckens bei dieser Behandlung zu deuten ist. Jedenfalls könnte so nur ein Einfluß auf den peripheren Juckreiz denkbar sein, für die Beseitigung des zentralen Juckreizes fehlt bis jetzt jede Erklärung. Mit Ausnahme eines einzelnen Falles von Dermatitis herpetiformis Duhring, der auch sonst jeder internen und lokalen Therapie trotzte, und bei dem eine Venæsectio mit nachfolgender Organismuswaschung durch physiologische Kochsalzlösung vergeblich vorgenommen wurde, war das lästige Jucken bei den fünf anderen Patienten erheblich gelindert und teilweise ganz geschwunden. Von diesen Fällen mögen folgende Angaben über den Krankheitsverlauf hier in Kürze mitgeteilt werden.

I. Frau D. Seit 4 Wochen Pruritus vulvae; der Juckreiz besteht permanent und ist trotz Anwendung verschiedener Salben noch nicht gelindert. 14./III. 1913. Nach zweimaliger Behandlung mit Trockenluft gibt Patientin an, nur während des Nachmittags noch etwas Jucken zu spüren. Sie hat seit langer Zeit zum ersten Male eine Nacht durchgeschlafen. 16./III. Nach weiteren zwei Applikationen von Trockenluft behauptet Patientin, gar keinen

Juckreiz mehr zu bemerken und hat sich bis jetzt in der Poliklinik noch nicht wieder vorgestellt.

II. Frau B. leidet seit $\frac{1}{2}$ Jahre an Pruritus vulvae, der auf Salbenbehandlung sowie Anwendung von kühlenden Alkoholen seit einigen Wochen nicht mehr reagiert. Vom 4./III. bis 12./IV. 1913 findet täglich Applikation von Trockenluft statt. Patientin hat tagsüber gar keinen Juckreiz mehr, nachts stellt sich nur wenig Jucken ein, das sich nunmehr auf Anwendung von 4%iger Mentholsalbe vollständig gibt.

III. Frau Z. Patientin leidet seit 4 Jahren an einer von starkem Juckreiz begleiteten Dermatitis herpetiformis Duhring. Vom 8./IV. bis 10./V. 1913 wurde die Patientin, der bereits verschiedene medikamentöse Mittel von uns erfolglos verordnet worden waren, jeden zweiten Tag mit trockener Luft behandelt und hat jetzt nur noch wenig Beschwerden. So daß wir am 10./V. dann wieder, da Patientin nicht mehr Zeit zum regelmäßigen Besuche der Poliklinik hatte, zur Salben- und Arsenbehandlung übergehen konnten.

IV. Frau G. Seit 8 Jahren bestehender Juckreiz als Begleitsymptom einer Dermatitis herpetiformis Duhring. Am rechten Fuße besteht außerdem ein nässendes Ekzem seit ungefähr 3 Jahren. Patientin wurde vom 5./V. bis zum 25./V. 1913 insgesamt fünfmal mit Trockenluft behandelt und ist von ihrem lästigen Juckreiz gegenwärtig befreit.

V. Fräulein M. S.. Die Patientin leidet seit 2 Jahren an nervösem Juckreiz in beiden Ohren. Anwendung von Salben und medikamentösen Waschungen beseitigen bei der Patientin das lästige Gefühl nicht mehr. Daher wird zur Applikation von Trockenluft geschritten. In Anbetracht der Empfindlichkeit des Gehörorgans wird der Motor ganz langsam gestellt, um den Druck der ausströmenden Trockenluft zu verringern. 28./V. 1913. Nach dreimaliger Anwendung von Trockenluft ist auf dem rechten Ohre kein Juckreiz mehr vorhanden. 25./V. Auch auf dem linken Ohre hat das Jucken nachgelassen. Die Beschwerden haben sich auf dem rechten Ohre bis jetzt nicht wieder eingestellt; Patientin gibt selbst an, daß sie sich früher trotz permanenter Behandlung noch nie so frei von Beschwerden gefühlt hat, wie jetzt.

Aus vorstehenden Ausführungen geht hervor, daß die Behandlung mit trockener Luft uns in vielfacher Beziehung ein unschätzbares therapeutisches Hilfsmittel ist. Nicht nur auf sezernierende Prozesse, sondern auch auf juckende Dermatosen wirkt die Trockenluft in jeder Beziehung günstig. Schädigungen haben wir in keinem Falle von der Behandlung gesehen. Ob die bei uns beobachteten günstigen Wirkungen Dauererfolge sein werden, läßt sich in Anbetracht der kurzen Beobachtungszeit und der bei den behandelten Affektionen bestehenden Neigung zum Rezidivieren noch nicht endgültig entscheiden. Doch sichern sowohl die bis jetzt erzielten Erfolge, als auch das Aufhören der lästigen Begleitsymptome des Schmerzes, Nässens und Juckens der Behandlung mit Trockenluft einen würdigen Platz unter den uns zur Verfügung stehenden physikalischen Hilfsmitteln in der Behandlung nässender Ulcera, Ekzeme und juckender Dermatosen. Auch über die Anwendung der Trockenluft zur schnelleren Resorption rein infiltrativer Prozesse wurden bei uns

Versuche angestellt. Dieselben sind bis jetzt noch nicht zum Abschluß gekommen, eröffnen uns aber ein interessantes Gebiet für die weitere Anwendung und Beobachtung des Einflusses der Trockenluftbehandlung.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Das Mesothorium in der Dermatologie**, von Kuznitzky. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. Heft 2.)

Verf. erzielte bei Hautkarzinomen, Verrucae durae et seniles und verschiedenen Naeviformen gute Resultate bzw. Heilungen bei Anwendung von Mesothorium. Während bei der Röntgen-Behandlung die spezifische elektive Wirkung der Strahlen auf das erkrankte oder neugebildete Gewebe ohne Zuhilfenahme einer entzündlichen Reaktion und bei der Licht- und Kohlensäurebehandlung die hervorgerufene reaktive Entzündung als Heilfaktor in Frage komme, so bestehe die Mesothoriumwirkung in einer Art Kombination beider Methoden, insofern als wir nicht nur ihre spezifisch einwirkende β - und γ -Strahlung, sondern auch die in der Reaktion einsetzende entzündliche Durchflutung der Gewebe als Heilfaktor ausnützten. Vor Quarz- und Kohlensäurebehandlung habe die Methode nicht nur den Vorzug der Einfachheit und leichten Durchführbarkeit, sondern auch den, daß die Reaktion nur allmählich und in einer den Patienten fast nicht belästigenden Weise eintrete. Die Strahlenqualität des Mesothoriums sei eine weichere als die des Radiums. Die ausreichende Tiefenwirkung und die energische Oberflächenstrahlung des Mesothoriums lassen Verf. das Mittel dem Radium an die Seite stellen, ja in einigen Fällen scheint Verf. das Mesothorium durch das ihm eigentümliche Strahlungsgemisch bei gewissen Dermatosen sogar dem Radium überlegen.

J. Schumacher-Berlin.

- 2) **Über Radium- und Mesothoriumbehandlung bei Hautkrankheiten**, von Saalfeld. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

Verf. hält ihre Anwendung indiziert bei langsam wachsenden und inoperablen Hautkarzinomen, Keloiden, hartnäckigen Plaques von Lich. rub. plan. und verrucos., einzelnen verdickten und hartnäckigen Psoriasisplaques. Dann für einzelne Lupusknötchen und -plaques, für diejenigen Fälle von Angiomen, in denen man mit den andern Methoden nichts erreicht. Dringend warnt Verf. vor der Applikation bei kosmetischen Hautleiden. In einzelnen Fällen wurde durch Kohlensäureschnee (5—10 Sekunden) der Effekt verstärkt. Verf. hält beide Präparate für energisch wirkende Substanzen, die nicht wahllos anzuwenden sind, sondern nur dann, wenn ganz präzise Indikationen vorliegen, da sonst leicht gegen den Grundsatz des Nil nocere verstoßen werden könnte.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 3) **Histologische Untersuchung der normalen und pathologischen Gewebe unter dem Einfluß der Radiumstrahlen**, von Th. Dohi und G. Maki. (Japan. Zeitschr. f. Dermat. u. Neurol. 1913. Fasc. 3.)

Nach einem Überblick über die Entwicklung der Radiumbehandlung werden die Ergebnisse histologischer Untersuchungen betreffend den Einfluß des Radiums auf gesunde und kranke Gewebe, besonders auf maligne Gewebe mitgeteilt. Wird das Radium ohne Filter auf die Haut appliziert, so nimmt

das Pigment in den Zellen der Keimschicht der Epidermis und oberen Cutis zu, bei stärkerer Dosis tritt eine akute Hautentzündung ein, die sich bis zu geschwürigem Zerfall steigern kann. Bei Benutzung der Filtrationsmethode, unter dem Einfluß der ultrapenetrierenden Radiumstrahlen ist die Wirkung auf das Gewebe spezifisch. Beim Sarkom bilden sich die Geschwulstzellen zurück und an ihrer Stelle beginnen die Bindegewebsfasern zu wuchern, die Gefäßlumina obliterieren durch Wucherung des Bindegewebes von der Gefäßwand aus, die Gefäße schwinden völlig. Figuren und Tafeln veranschaulichen diese Vorgänge. J.

- 4) **Das Teerpräparat Pinosol in der Hauttherapie**, von R. Polland. (Österreichische Ärzte-Zeitung. 1913. Nr. 3.)

Der Firma G. Hell & Co. ist es nach Verf. gelungen, in dem Pinosol ein Teerpräparat auf den Markt zu bringen, dem die unangenehmen Eigenschaften der älteren Präparate — der Farbstoff und der lästige Geruch — nicht anhaften. Auch soll es weniger reizen und die Gefahr einer Intoxikation unbeträchtlich sein. Verf. hat es in allen Fällen der Teerindikation angewandt, hat die Wilkinsonsche und Dreuwische Salbe damit hergestellt, es als Zusatz zu Bädern und Seifen benutzt und überall den andern Teerpräparaten mindestens gleichwertige Resultate erzielt. Er empfiehlt es als ein in jeder Hinsicht einwandfreies Präparat. Klokow-Berlin.

- 5) **Dymal, besonders empfehlenswert bei Verbrennungen zweiten Grades im Gesicht**, von Berliner. (Allg. med. Centralzeitung. 1912. Nr. 49.)

Das Dymal, ein aus Salizylaten bestehendes feines, geruchloses, rosafarbiges Pulver, wurde mit gutem Erfolge bei Intertigo, Ulcus cruris, Pemphigus neonatorum, besonders schmerzlindernd und heilend aber bei Verbrennungen zweiten Grades angewandt. J.

- 6) **Azione che esercitano sulla alle alcune sostanze spumose**, per Galimberti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e delle pelle. 1913. Fasc. 1.)

Haut, die in physiologische Kochsalzlösung gelegt wurde, bewahrte mehr Pigment als solche, die mit einem Schaumgemisch (in Alkohol geschlagenes Ei) behandelt war, während letztere umgekehrt länger ihren Zusammenhang und ihre morphologischen Eigenschaften bewahrte. Dreyer-Köln.

- 7) **Zur internen und externen Anwendung des Hefepreparats Furunkulin**, von R. Polland. (Therapie der Gegenwart. 1913. Heft 3.)

Verf. empfiehlt Furunkulin Zyma (Zyma A.-G., St. Ludwig i/Els.) als gutes Hefepreparat in Tabletten, besser in Pulverform, zur internen Behandlung der Furunkulose, rät auch zu Versuch bei Akne juvenilis und Seborrhoe. Gleichzeitig benutzt er äußerlich Furunkulinpaste Zyma bei Impetigo, Furunkel, Akne, Follikulitiden und Sykosis aller Art. In der Annahme, daß bei nässenden Ekzemen unter den Krusten und Borken sich eine Bakterienflora entwickelt, die imstande ist, Entzündungsprozesse zu unterhalten, versuchte er auch die Paste besonders bei den impetiginösen Ekzemen. Die Paste ließ er dick aufgestrichen mehrere Stunden bis zur lebhaften Gärung einwirken, dann durch einen Salbenverband ersetzen und täglich einmal dies Verfahren wiederholen. Ferner wandte er Furunkulinpulver an auf Tampons bei Katarrhen der Vagina und des Zervikalkanals. Eine Furunkulinseife Zyma kann bei Seborrhoe, Akne und Folliculitis empfohlen werden.

Franz Fischer-Düsseldorf.

- 8) **Über eine seltene Anomalie des Haarwechsels**, von Hochstetter. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. April.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Pinselhaar histologisch zu untersuchen, da er Hautstückchen exzidieren konnte. Er fand als Grund für das Vorhandensein der zahlreichen Haare das Bestehen eines zusammengesetzten Follikels. Dazu kommt noch der Umstand, daß die Haare nicht entsprechend ausgestoßen wurden, sondern daß die Kolbenhaare unbegrenzt lange im Follikelraum liegen blieben.

Immerwahr-Berlin.

- 9) **Weitere Erfahrungen über Molyform (saures molybdänsaures Natron)**, von E. Lampé und H. Klose. (Therapie der Gegenwart. 1913. Heft 1.)

Das Molyform (saures, molybdänsaures Natron) bewährte sich gut bei Entzündungen an Augen, Ohren und Nasen in Umschlägen und Spülungen in Lösungen von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ‰, als Mundwasser 1—2 ‰ige Lösungen, für Injektionen in tuberkulösen Abszessen in 3—5 ‰igen Lösungen, bei einem Lupus der Schläfe als 10 ‰ige Salbe, bei Ekzemen und Unterschenkelgeschwüren als 5 ‰ige Salbe, bei Hämorrhoidalbeschwerden als Suppositarien 0,05—0,1, bei Furunkeln als Einspritzung in das entzündete Zellgewebe steril 0,05 ‰ Molyform, bei Anginen 1—2 ‰ige Lösung, endlich bei Fluor albus $\frac{1}{2}$ ‰ige Lösung. Trotz der Ungiftigkeit des Mittels ist bei seiner stark bakteriziden und zellabtötenden Eigenschaft Vorsicht in der Dosierung geboten.

J.

- 10) **Weitere Erfahrungen über Idiosynkrasie gegen Brom- und Chininsalze als Überempfindlichkeitserscheinungen beim Kaninchen und Meerschweinchen**, von Manoiloff. (Centralbl. f. Bakteriologie. LXVII. Heft 7.)

Das Serum längere Zeit mit Chinin vorbehandelter Kaninchen bzw. Meerschweinchen kann passive anaphylaktische Erscheinungen geben. Die Bromtiere blieben bis auf eins, das eine schwache Anaphylaxie zeigte, gesund.

Pürckhauer-Dresden.

- 11) **Über die Heilung des Juckens mit autogener Vakzine**, von Schischlo. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 5.)

Ein 31jähriger Patient erkrankte 1900 an zahlreichen Furunkeln der Brust- und Bauchgegend, die von Jucken begleitet waren. Sie heilten, aber das Jucken nahm zu. Kleine Eitersammlungen entstanden am Kinn. Mit ihrer Zunahme verstärkte sich das Jucken. Eine Besserung trat trotz aller möglichen therapeutischen Maßnahmen nicht ein. Erst die Anwendung von Autovakzin brachte Erfolg. Das Hautjucken war nach Ansicht des Verf.'s durch Toxine von Mikroben entstanden, die aus dem beständigen Herde auf der Kinnhaut ins Blut gelangten. Infolge der Vakzinekur heilte der pustulöse Prozeß am Kinn ab, so daß keine neuen Toxine mehr ins Blut gelangten.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 12) **Sur un nouveau procédé de dépigmentation des coupes histologiques (action de l'acide chromique sur les pigments oculaires et la mélanine des tumeurs)**, par J. Mawas. (Compt. Rend. h. sé. Soc. Biol. LXXXIV. S. 579.)

Nach Verf. hatten den bisher verwendeten Depigmentationsmitteln (Wasserstoffsuperoxyd, Schwefelsäure, Chlor u. a.) gewisse Mängel an, die sich namentlich bei histologischen Untersuchungen bemerkbar machen. Er empfiehlt daher zur Depigmentierung statt ihrer die Chromsäure in 1—2 ‰igen wässerigen Lösungen. Schnitte von fixiertem, nicht eingebettetem Material werden dadurch in 20—24 Stunden entfärbt, Zelloidinschnitte (15μ) erfordern 24 Stunden, dünne Paraffinschnitte viel weniger Zeit. Ob die Schnitte aufgeklebt sind oder nicht, spielt keine Rolle; wichtig ist aber, daß die aufgeklebten Schnitte sich nicht in der Chromsäure ablösen, wie das bei Verwendung von Chlor

oder permangansaurem Kalium die Regel ist. Eine Schädigung der fixierten Gewebe findet nicht statt, die gewöhnlichen Färbungen (Hämalaun, Eosin, Hämatoxylin, van Gieson usw.) gelingen danach ohne Schwierigkeit, die Tinktion nach Mallory wird sogar erleichtert. [Wenn Ref. sich recht erinnert, wurde die Entfärbung durch Chromsäure in der zoologischen Station zu Neapel schon vor Jahren geübt, scheint aber in Deutschland nicht bekannter geworden zu sein; jedenfalls verdient die Notiz des Verf.'s weitere Verbreitung.]

B. Solger-Kissingen.

- 13) **Färbung der marklosen Hautnerven beim Menschen**, von K. Kreibich. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1913. Heft 3.)

Die drei Flüssigkeiten, welche Verf. zur Färbung von marklosen Nerven bei reichlichem Objekt empfiehlt, sind: a) 50 ccm physiologische Kochsalzlösung + 3 Tropfen Rongalitweiß, b) 0,5 ccm = 1% Hämatoxylin, c) 0,5 ccm = 1% saures Hämatoxylin. Jede Lösung muß frisch hergestellt werden, die Temperatur kühl, starke Belichtung vermieden sein. Die Objekte verbleiben, Haut mit der Cutisseite nach oben, zuerst 30 Minuten unberührt auf dem Boden der Flüssigkeit, werden dann erst herausgenommen, unter dem Mikroskop kontrolliert und so lange wieder eingelegt, bis der gewünschte Effekt, nach $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunde etwa, erzielt ist. Trocknen an der Luft, Einlegen in 5% ige wäßrige Ammoniummolybdatlösung ohne Salzsäure, Auswaschen, Alkohol, Xylol, schließlich in Kanadabalsam auf den Objektträger oder als Schnitt in Paraffin. Mit dieser Methode erhielt Verf. komplette Nervenfärbungen bei menschlicher Haut in Thiersch-Läppchen, Kornea, Retina, Präputialhaut, bei Tieren an Mausehren, Kornea der Kaninchen, peritonealem Überzug des Magendarmkanals und am Uterus von Meerschweinchen und Gefäßen.

J.

Entzündliche Dermatosen.

- 14) **Über die Behandlung der Psoriasis mit Thorium X**, von F. Gutzent und Winkler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Die Verff. konnten in einzelnen Fällen eine den Krankheitsverlauf abkürzende und günstige Beeinflussung durch Thorium X erkennen. In Fällen, wo alle anderen Methoden versagen, ist daher Thorium X zu versuchen.

Schourp-Danzig.

- 15) **The classification of the chronic resistant macular and maculo-papular scaly erythrodermias**, by R. L. Sutton. (British Journ. of Dermatology. 1913. April.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von Xanthoerythrodermia perstans und Psoriasis lichenoides. Beide Patienten waren sonst gesund, das mikroskopische Bild ergab Ödeme, Zellinfiltration, Schwund einzelner Schichten, kurz histologische Veränderungen, aber keinerlei Zeichen von Infektion. Bei der ersten Kranken lokalisierten sich gelbbraune strichförmige, etwas infiltrierte, leicht schuppende Flecke auf Armen und Beinen, die langsame Heilung erfolgte unter interner Verabreichung von Salizyl und Alkalien und äußerem Gebrauch von Salizyl- und Schwefelsalbe, Teer und Kalamin. Der 2. Pat. zeigte zuerst an der Inguinalgegend, später am Rumpf, Gesicht und an den Beinen runde, rötliche, etwas erhabene, leicht schuppende, lichenähnliche Papeln. Therapeutisch bewährten sich innerlich Salizyl und Arsen, lokal Salizyl, Chrysarobin, Teer, Pyrogallol und Kohlensäureschnee. Verf. reiht beide Beobachtungen jener

Kategorie von Hautaffektionen an, welche in mehr oder weniger ausgeprägtem Grade die Merkmale der seborrhoischen Dermatitis, Psoriasis und Lichen vereinigen. Man kann sie der Kürze wegen mit dem gemeinsamen Namen „chronische makulöse und makulo-papulöse schuppende Erythrodermie“ bezeichnen, aber sie setzen sich aus einer Liste verschiedenartiger Formen zusammen, welche mit der Xanthoerythrodermia perstans beginnt, und die Parakeratosis variegata, Parapsoriasis, Psoriasis lichenoides, psoriasiforme und lichenoides Exantheme sowie die Pityriasis lichenoides chronica einschließt. J.

- 16) **Dermatitis infolge Berührung von *Rhus toxicodendron***, von Bühler. (Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte. 1913. Nr. 6.)

Verf. sieht solche Fälle jedes Jahr Mitte des Winters bei Gärtnern, welche die genannten Bäume beschneiden. An den berührten Stellen, meist an Händen und Armen, entsteht eine Entzündung, ähnlich einem heftigen Erysipel, mit unaufhörlichem Brennen und Jucken. In der Folge kommt es zu Ulzeration der Haut, Nässen, Krustenbildung, Eiterung. In dem vom Verf. gezeigten Fall ist, wie oft, auch das Gesicht ergriffen infolge Berührung mit der saftbedeckten Hand. Aus dem gleichen Grunde ist hier auch der Penis und seine Umgebung erkrankt, von wo aus die Krankheit auf Unterleib und Oberschenkel übergegangen ist. Die durch unerträgliches Hautjucken und Schmerzen mit Schlaflosigkeit sehr lästige Krankheit kann sich bei anfänglicher Vernachlässigung über viele Wochen hinausziehen. Die Erkrankten werden in der Regel arbeitsunfähig. Nach des Verf.'s Ansicht gehört die Affektion zu den haftpflichtigen Gewerbekrankheiten; in den von ihm behandelten Fällen ist dies auch von den Versicherungsgesellschaften anerkannt worden. Als die am raschesten zum Ziel führende Behandlung hat sich ausgiebige Pinselung mit Liq. carbon. deterg. in 10% iger spirituöser Lösung, nachher Deckverband mit indifferenten Salbe erwiesen. Bei großer Ausdehnung der Hautentzündung Kleienbäder oder stundenlange feuchte Packungen. Hauptsache ist Prophylaxe (Arbeiten mit Handschuhen), das einzig Wirksame die Entfernung der giftigen Bäume aus den Gärten, worauf speziell die Ärzte überall, wo sie Gelegenheit dazu haben, hinwirken sollen. H. Netter-Pforzheim.

- 17) **Ein Fall von *Keratona palmaris et plantaris hereditarium*, behandelt mit Radium- und Röntgenstrahlen**, von K. Dohi und M. Mine. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 3.)

Bei dem 5jährigen Knaben hatte die Keratosis der Handteller und Fußsohlen kurz nach der Geburt begonnen und schnell zugenommen. Hereditäre Belastung oder andere Abnormitäten bestanden nicht. Radiumbehandlung in Form von Auflegen eines Radiumhaufs von 3 cm Breite, 4 cm Länge und von 50000 R. M., $1\frac{1}{2}$ Monate lang jeden 2. Tag 1—2 Stunden lang, beseitigte die Hornbildung fast gänzlich. Der andere Handteller wurde zwecks Vergleichung mit Röntgenstrahlen behandelt, 3mal je $\frac{1}{3}$ Erythemdosis, ebenfalls mit gutem Erfolge, obgleich hier etwas mehr Verdickung zurückblieb als an der radiumbestrahlten Hand. Medikamente, die zur Probe auf den Fußsohlen angewendet wurden, erzielten keine nennenswerte Besserung. J.

- 18) ***Hyperkeratosis punctata spinulosa et striata cuniculiformis*, per Vignolo-Lutati.** (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Bei einem 13jährigen Mädchen brach vor etwa $10\frac{1}{2}$ Jahren am Hals, an den Schultern, Streckseiten der Arme und in geringerem Umfange an den vorderen und seitlichen Teilen der Oberschenkel ein symmetrisches Exanthem aus, das aus hirsekorngroßen, grauen, rauh sich anfühlenden, zum Teil folli-

kulär angeordneten, in Gruppen stehenden, zum Teil aus spitzen, auf geröteter Haut stehenden Knötchen bestand. An den Knien sind die hier keilartigen Effloreszenzen in Reihen angeordnet. Niemals findet man ein Haar in den Knötchen. Beim Herausheben derselben entsteht weder Schmerz noch Blutung. Histologisch findet sich diffuse Hyperkeratose, die an den Mündungen der Follikel und der Schweißdrüsenausführungsgänge verstärkt ist, Fehlen oder Atrophie der Talgdrüsen und Dilatation der Gefäße mit geringer Infiltration um dieselben. Verf. sondert seinen Fall von der Keratosis spinulosa ab wegen der Lokalisation, der teilweisen Keilform der Hornstacheln und der geringen Infiltration, vom Lichen pilaris wegen der Lokalisation und des Mangels eingerollter Haare und bringt ihn in Analogie mit einem von Hebra beschriebenen Fall von Hyperkeratosis follicularis punctata et striata. In beiden Fällen finden sich ähnliche Lokalisationen, punkt- und strichförmige Hyperkeratosen. Indes sind im Alter der Kranken, im anatomischen Sitz der Hornstacheln und in der Beschaffenheit der hyperkeratotischen Streifen Unterschiede vorhanden. Jedenfalls handelt es sich um einen in das Gebiet der ichthyoriformen Naevi gehörigen Krankheitsfall. Dreyer-Köln.

- 19) **Zur Anatomie des Ekzema seborrhoicum und der seborrhoischen Warzen**, von Kreibich. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 3.)

Verf. fand in drei Effloreszenzen von typischem annulären Ekzema seborrhoicum die Endothelien der Kapillargefäße in ähnlicher Weise verändert, wie er dies schon früher bei traumatischen Entzündungen beschrieben hat. Die Veränderungen bestehen in Einlagerung feinsten sudanophiler Lipoidsubstanz in die Gefäßendothelien. Außerdem fand sich um die derartig veränderten Gefäße in den Papillen freiliegendes, nicht in die Zellen eingeschlossenes Lipoid in Form feinsten Tröpfchenanhäufungen. Auch bei seborrhoischen Warzen fand Verf. verschiedene Male Lipoidanhäufung in den Gefäßendothelien.

Schumacher-Berlin.

- 20) **Trichostasis spinulosa**, von Nobl. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 3.)

Unter Trichostasis spinulosa beschreibt Verf. eine Haaranomalie, die sich durch einen aus den Follikeln hervortretenden, 1—1½ mm langen, spitz zulaufenden, schwärzlich verfärbten Stachel kennzeichnet. Histologisch finden sich garbenförmig durch lamellöse Hornhülsen und Bänder zusammengehaltene Büschel bräunlich gefärbter Kolbenhaare, die in Verbänden von 10—40 zur Formation der einzelnen Stachel beisteuern. Eine ähnliche Anomalie ist vor kurzem von Franke (Dermatol. Wochenschrift. 1913. Nr. 41) als Tysanothrix (Pinselhaar) beschrieben worden.

Schumacher-Berlin.

- 21) **Über eine bisher noch nicht beschriebene Dermatose „Pityriasis circinata“**, von Toyama. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. H. 1.)

Verf. beschreibt eine neue, von ihm Pityriasis circinata benannte Dermatose. Es handelt sich dabei um das Auftreten von kreisrunden Scheiben, deren Größe von 4—5 mm Durchmesser bis zu 10—12 cm schwanken kann, deren Verteilung mitunter eine gewisse Symmetrie erkennen läßt und deren Farbe lichtbraun ist. Die Oberfläche der Effloreszenzen ist leicht schilfernd. Bemerkenswert ist, daß die Flecken zentral nie eine Rückbildung erfahren. Subjektive Symptome fehlen meist, der Verlauf der Erkrankung kann sich auf Jahre erstrecken. Exazerbationen und Remissionen wurden von der

Jahreszeit abhängig beobachtet. Die histologische Untersuchung ergab außer einer Verdickung der Hornschicht mit leichter Parakeratose nichts Besonderes. Von bekannten ähnlichen Dermatosen läßt sich die Erkrankung gut abgrenzen. Verf. glaubt eine parasitäre Ursache der Erkrankung annehmen zu müssen, wenn es ihm auch nicht gelungen ist, weder in den Schuppen noch in Schnitten Krankheitserreger nachzuweisen.

Schumacher-Berlin.

- 22) **Ein Fall von akutem pemphigusähnlichem Exanthem im Verlaufe des Abdominaltyphus**, von A. Reuter. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXV. 1913. H. 8.)

Obgleich im Verlaufe des Abdominaltyphus verschiedene Veränderungen der Haut beobachtet wurden, bildet der hier hinzutretene Pemphigus doch gewissermaßen eine Neuheit, da ähnliche Erscheinungen zwar 1830 und 1836 von Frank und Hufeland, seitdem aber nicht wieder beschrieben wurden. Bei der 15jährigen Patientin des Verf.'s wurde die Diagnose Typhus abdominalis sowohl durch die klinischen Anzeichen, als durch das Vorkommen von acht gleichen Erkrankungen in der Nachbarschaft sichergestellt. 16 Tage nach dem Krankheitsbeginn, im gleichen Zeitpunkt, wie es Frank berichtete, entstanden auf Rücken und Kreuzbein durch Abheben einer dünnen Epidermisschicht runde, erbsen- bis walnußgroße, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Blasen, deren erst hellroter Grund bald in tieferen gangränösen Zerfall überging. Während der Genesung vom Typhus heilten auch die Blasen ab, hinterließen aber runde Narben mit teils strahliger Struktur.

J.

Zirkulationsstörungen der Haut.

- 23) **Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum mit Exitus letalis**, von de Amicis. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Verf. schildert einen schweren Fall von Erythema exsudativum multiforme haemorrhagicum, der in 15 Tagen ad exitum führte und bei dem fast sämtliche Schleimhäute, besonders der Darmtraktus, mitbefallen waren.

Schumacher-Berlin.

- 24) **Della purpura annularis teleangiectodes (Majocchi)**, per Pasini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Verf. berichtet über einen typischen Fall bei einem 18jährigen, gesunden, besonders nicht syphilitischen und nicht tuberkulösen, sowie hereditär nicht belasteten Mann. Die Krankheit wurde durch Erythemflecke, die mit Teleangiektasien und kleinen Blutungen kombiniert waren und später eine annuläre Form annahmen, charakterisiert. Sie war an Füßen, Unterschenkeln, weniger an den Oberschenkeln lokalisiert und dauerte vier Monate. Es blieben später gelbliche, pigmentierte Flecke zurück, ohne Zeichen von Atrophie. Überimpfung von kleinen Stücken in die Bauchhöhle von Meerschweinchen führte bei 5monatiger Beobachtung der Tiere zu keinem Resultat. Die histologische Untersuchung stellte an zwei exzidierten Stücken eine infiltrierende Venenentzündung mit Wucherungen an der Intima und Verschluß des Gefäßes fest. Bei einer Effloreszenz spielte sich dieser Prozeß mehr an einer Vene in der Subcutis ab, bei einer anderen an einer solchen in der unteren Cutis. Außerdem waren in der subpapillären Schicht wie überhaupt in der Cutis vielfach Infiltrationen um die Gefäße vorhanden. Die Arterien, die den entzündeten Venen entsprachen, zeigten eine Verdickung der Muscularis. In der sub-

papillären Schicht war auch eine deutliche Erweiterung aller Blutgefäße und aneurysmatische Ausbuchtungen an denselben vorhanden, daneben hyaline Degeneration der Muskelfibrillen der kleinen Gefäße und Kontinuitätsstörungen der Wand mit Austritt von Serum und Blutkörperchen ins Gewebe. In der Nachbarschaft der Haarfollikel war eine Neubildung von Kapillaren und Zerreißung der Muskelfibrillen mit spiraliger Deformation der Kerne in denselben vorhanden. Verf. nimmt die obliterierende Venenentzündung als Ursache des ganzen Prozesses an, woraus die übrigen Symptome durch Stauung, Entzündung und Bildung eines kollateralen Kreislaufes sich ergeben. Auf gleicher anatomischer Basis kommen ganz ähnliche Krankheitsbilder bei Syphilis vor. Verf. referiert einen solchen Fall. In den übrigen Fällen von Purpura annularis teleangiectodes müssen unbekannte toxisch infektiöse Ursachen angenommen werden. In einem mit Mibelli zusammen beobachteten Falle scheint es sich um eine Sublimatwirkung gehandelt zu haben, da, nachdem der Betroffene, ein Arzt, die Desinfektion mit Sublimat nicht mehr vornahm, eine schnelle Rückbildung aller Symptome erfolgte. Campana und Truffi berichten in der Diskussion über ähnliche Fälle, die auf syphilitischer Basis bzw. vielleicht auf Merkurintoxikation beruhten.

Dreyer-Cöln.

- 25) **Sopra ars caso singolare di edema acutissimo del viso e dei genitali**, per Martinotti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Ein 21 Jahre alter Soldat erkrankt, nachdem einen Tag lang Schluckbeschwerden vorausgegangen sind, an einem Ödem des Gesichts, des Skrotums und des Penis mit Balanoposthitis und serös eitrigter Conjunctivitis. Neben diesem Symptomenkomplex bestand Oppressionsgefühl und etwas Husten. Die Affektion heilte in etwa acht Tagen, Obwohl es gelang, einen dem Frischschen Bacillus ähnlichen Mikroben aus dem Naseneiter und von der Hautoberfläche zu züchten, läßt Verf. es dahingestellt, ob dieses Bacterium die Ursache des Ödems war.

Dreyer-Cöln.

- 26) **Therapie des Juckens, namentlich bei Urticaria**, von J. Garumann. (Therapie der Gegenwart. 1913. H. 4.)

Verf. hat gute Erfolge gehabt bei der Behandlung des Juckreizes, besonders bei Urticaria, mit Thigenol und bittet um Nachprüfung. Er ließ die Stellen mit 5%iger wäßriger Lösung oder in Verbindung mit Glyzerin allabendlich bestreichen, an den oberen oder unteren Extremitäten Bäder mit schwachen Thigenol- (event. auch Ichtyol-) Lösungen machen.

Franz Fischer-Düsseldorf.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 27) **Über kombinierte Behandlung von Hautkarzinomen mit Kohlensäuregefrierung und Röntgenstrahlen**, von Fabry. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Verf. berichtet über günstige Heilresultate bei Karzinomen durch kombinierte Behandlung mit Kohlensäureschnee und Röntgenstrahlen. Das zu bestrahlende Gewebe soll durch vorhergehende Gefrierung weniger widerstandsfähig und somit den Röntgenstrahlen zugänglicher gemacht werden. Verf. kam meist, wenn er so vorgeh, mit einer einzigen Bestrahlung aus.

J. Schumacher-Berlin.

- 28) **Bericht über die Anwendung der Payrschen Operation bei Gesichtslupus**, von Joh. Fabry. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1913. H. 9.)

Die Fälle von Gesichtslupus, welche mit der Payrschen Methode behandelt worden waren, bestätigten leider nicht die Hoffnungen, welche der anfänglich günstige Verlauf erweckt hatte. Mehr oder minder erhebliche Lupusrezidive bewiesen, daß es unmöglich sei, den unterminierten Lappen so steril zu machen, daß man ihn gefahrlos auf der Unterlage wieder anwachsen lassen kann. Verf. verläßt daher die neue Methode, um zu der lange bewährten Thierschschen Operation zurückzukehren. J.

- 29) **Seborrhoe der Unterlippe und ihre Beziehungen zum Epitheliom**, von D. W. Montgomery. (Journ. of cutaneous diseases. 1913. Nr. 2.)

Verf. hatte Gelegenheit, zwei Kranke mit typischen seborrhoischen Veränderungen des Gesichts in Form squamöser, dann krustöser, dann horniger Auflagerungen der Unterlippe zu beobachten. Dieselben, alle gleicher Natur, degenerierten epitheliomatös. Der Lippenkrebs ist unendlich viel schwerer als der Hautkrebs. Der unter seborrhoischen Borken sich entwickelnde Hautkrebs nimmt einen sehr langsamen Verlauf, der zur Erreichung eines gewissen Umfangs Jahre erfordert. Dagegen ist die Entwicklung des Lippenkrebses eine viel schnellere. Den seborrhoischen Borken und hornigen Massen der Lippen muß sonach eine große Bedeutung beigemessen werden, und ganz allgemein sollen die seborrhoischen Produkte gleich im Beginn entweder mit Trichloressigsäure oder mit Röntgenstrahlen behandelt werden, wenn man nicht später einen Krebs sich entwickeln sehen will. H. Netter-Pforzheim.

- 30) **Morphaea-ähnliches Epitheliom**, von Heidingsfeld. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Verf. beschreibt einen Fall von morphaea-ähnlichem Epitheliom. Die Vorteile, die Haut als das günstigste Gebiet für das Studium der morphologischen Veränderungen der Malignität in allen ihren Stadien anzusehen, scheine überschätzt worden zu sein und besitze mehr scheinbaren als effektiven Wert. Ein bösartiger Tumor der Haut gestatte, sofern er einmal klinisch sicher zu diagnostizieren sei, kein sicheres Urteil mehr bezüglich seiner Histogenese, und die Grenze zwischen Bös- und Gutartigkeit sei in dem ersten Stadium noch keine scharfe. Die Haut bringe demnach keine Vorteile in diesen Einzelheiten gegenüber anderswo gelegenen Tumoren. J. Schumacher-Berlin.

- 31) **Cancerous degeneration in chronic leg ulcer**, by W. S. Gottheil. (Journ. of the Amer. med. Association. 1912. Juli.)

Die berichteten Fälle betreffen vernachlässigte, lange bestehende Unterschenkelgeschwüre, welche in karzinomatöse Wucherungen übergingen. Sämtliche Patientinnen waren ältere Personen. J.

- 32) **Untersuchungen über Verruga peruviana**, von Mayer, Rocha-Lima und Werner. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 14.)

Bei einem sicheren Fall von Verruga peruviana wurden in den Hautknötchen Einschlüsse in den gewucherten Zellen gefunden, die dafür sprechen, daß diese Krankheit zu den sogen. Chlamydozoenkrankheiten gehört. Übertragung auf Affen gelang. Raff-Augsburg.

- 33) **Behandlung des Rhinophyma mit Radium**, von Degrais. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Nach Applikation von Radiumsulfat durch viermal 12 Stunden konnte Verf. schöne Rückbildungen des Nasenumfanges erzielen. Schourp-Danzig.

- 34) **Zwei Fälle von Cornua cutanea in systematisierten Naevi sebacei**, von A. Bergmann. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

In beiden Fällen bestand die Affektion seit der Geburt. Schourp-Danzig.

- 35) **Über erfolgreiche Behandlung des Hidrocystoma tuberosum multiplex**, von M. Joseph und C. Siebert. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)
Bei einer 32jährigen Frau hat die Affektion seit ihrem 16. Lebensjahre Hals, Brust, Rücken, Bauch, Oberschenkel, Unterarme, Handrücken in fast symmetrischer Verteilung befallen als kleine, wenig aus der Haut hervorragende glatte derbe Knötchen von leicht bräunlicher Farbe, die zu Hunderten die erwähnten Hautpartien bedeckten. Unter Röntgenbestrahlungen verschwanden die Effloreszenzen. Schourp-Danzig.
- 36) **Ein Fall von Hydradenoma eruptivum Darier et Jacquet (Syringozystadenom)**, von M. Hodara. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)
Fall einer 55jährigen Frau. Unter Röntgenbehandlung erhebliche Besserung. Schourp-Danzig.
- 37) **Neue Feststellungen bei Framboesia tropica**, von B. Hannes. (Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. I. 1913. H. 2.)
Bei einem Weißen mit Framboesia tropica konnte das Auftreten eines roseolaähnlichen Exanthems beobachtet werden. Die mikroskopische Untersuchung der ausgeschnittenen Papeln ergab, daß entgegen den Angaben früherer Autoren die Spirochäten sich zuerst in den Papillen finden und von dort aus allmählich in das Epithel ausschwärmen. Die Blutuntersuchung ergab bei Verwendung dieser sich Lues gegenüber gleichsinnig verhaltenden Normal-extrakte nur mit einem Extrakt einen positiven Ausfall. J.

Neuritische Dermatosen.

- 38) **Deux cas d'alopecie du cuir chevelu par shock nerveux**, par Fouquet. (Bull. Soc. fr. de Dermatologie. 1913. April.)
14jähriges Mädchen und 35jähriger Mann mit unscheinbarer Alopecie, entstanden einen Monat nach einem Nervenschock (Fraktur beider Vorderarmknochen, Verschlucken eines mittels Ösophagoskopie extrahierten Knochenstückes.) H. Netter-Pforzheim.
- 39) **On a small epidemic of an areata alopecia**, by T. Colcott. (British Journ. of Dermatology. 1913. Februar.)
21 Schülerinnen der gleichen Anstalt im Alter von 9—14 Jahren mit sonst üppigem Haarwuchs zeigten nacheinander kleine kahle Stellen auf der Kopfhaut, welche einzeln oder zu zweien und dreien, mit einem pigmentierten Epithelpfropf und keulenförmigen Stümpfen in ovaler Form auftraten. Trotz genauester Nachforschung wurde kein Mikroorganismus gefunden. J.
- 40) **Follicolite atrofizzante delle parti glabre**, per Truffi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)
Vor 3 Jahren sind bei einem jetzt 49 Jahre alten Mann symmetrisch in der Gegend der Patellae Pusteln aufgetreten, die peripherwärts sich ausbreiteten, während in der Mitte die Haut glatt geheilt ist und nur an den Stellen früherer Follikelentzündungen kleine Narben zurückblieben. Gleiche Stellen treten an der Außenseite der Oberschenkel und an den Waden auf. Die Krankheit verschlimmerte sich stets im Sommer. Die Pusteln entstehen aus kleinsten Knötchen und haben stets follikulären Sitz. Histologisch fand sich Verdickung der Oberhaut in der Follikelgegend und Parakeratose, daneben starke Leukozyteninfiltration, die zu einer kleinen Kruste an der Oberfläche führte. Geringe Infiltration mit Lymphozyten, Plasmazellen und wenigen polynukleären Zellen finden sich auch in den benachbarten Papillen. In der

mittleren und tieferen Cutis dagegen sind größere Infiltrate um die Gefäße vorhanden, die aus Lymphozyten, Plasmazellen und einigen Mastzellen bestehen mit einem zunehmenden Anteil von polynukleären Zellen in der Nähe der Haare. In den Entzündungsherden fehlen die elastischen Fasern entweder ganz, oder sie sind stark auseinandergedrängt. Keine epitheloide oder Riesenzellen vorhanden. In den Teilen, in denen der Prozeß abgelaufen ist, findet sich um atrophische Follikeln herum ein gefäßarmes und von elastischen Fasern freies Bindegewebe. Die Papillen fehlen. Verf. bringt die Affektion hauptsächlich mit dem Ulerythema sycosiforme und der Poeupelade Brocqs in Verbindung.

Dreyer-Cöln.

- 41) **Pseude-area del Brocq**, per Carruccio e Montesano. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Bei einem 30 jährigen Mann findet sich ein seit der Jugend bestehender, handflächengroßer kahler Fleck auf dem Hinterkopf. Die Haut ist auf demselben glatt, weiß, atrophisch, nur an der Peripherie leicht rot, wo sich noch einzelne Haarbüschel finden. Histologisch zeigt die Haut Atrophie des Rete, Fehlen des Stratum granulosum, Papillenatrophie sowie Atrophie der oberen Cutis und der elastischen Fasern auch in der mittleren Cutis, kleinzellige Infiltration um die Gefäße. Anhangsorgane, besonders Follikel und Talgdrüsen fehlen fast vollständig. Die Krankheit hatte sich im Anschluß an eine Pediculosis des Kopfes entwickelt. Das Untergehen der Schweißdrüsen entspricht nicht dem gewöhnlichen Bilde der Pseudoarea.

Dreyer-Cöln.

- 42) **Pemphigus malignus, durch einmalige intravenöse Blutinjektion geheilt**, von Praetorius. (Münchener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 16.)

Verf. injizierte einer schweren Pemphiguskranken 20 ccm undefibriniertes Blut ihres Ehemanns sofort nach der Entnahme. Die Heilung erfolgte nach 3 Wochen. Nach 8 Monaten war noch kein Rezidiv aufgetreten. Verf. glaubt, daß hier vielleicht die Blutzellen das wirksame Agens sind. Daß nicht defibriniertes Blut sehr wirksam ist, bewies dem Verf. noch ein zweiter Fall, wo eine Hämophilie nach dreimaliger Injektion von 15 ccm frischen Menschenblutes heilte. Die Gefahr einer Embolie hält Verf. nicht für groß, weil größere Coagula die dünnen Kanülen nicht passieren können, kleinere aber nichts schaden. Übrigens sei von Internisten bei perniziöser Anämie die Injektion undefibrinierten Blutes schon ohne Schaden angewendet worden. Raff-Augsburg.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 43) **Über kombinierte Behandlung des Lupus mit Alttuberkulin und Aurum-Kalium cyanatum**, von Bettmann. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Verf. prüfte diese von Bruck und Glück angegebene (auch hier referierte) Methode, allerdings mit niedrigerer Dosierung (0,01 in 50 ccm Wasser bis 0,03 in Abständen von 2 Tagen). Eine Reaktion erfolgte nicht. Im ganzen wurden 16 Patienten behandelt. Bei Tuberkulin wurde nun wie gewöhnlich mit 0,00001 begonnen, aber während sonst darauf keine Allgemeinreaktion erfolgte, war dies in 14 Fällen der kombinierten Reaktion der Fall, bei 8 Kranken überstieg das Fieber sogar 39°. Auch intensive Lokal- und sehr starke Stichreaktionen waren häufig, während dies bei Tuberkulin allein nie vorgekommen war. Demgemäß betrachtet Verf. bei der Kombinationstherapie nicht wie Bruck und Glück das Tuberkulin als „Leitschiene“ für das Gold, sondern

gerade umgekehrt. Praktisch ergibt sich bei dieser Behandlung ein beachtenswerter therapeutischer Effekt. „Man muß aber auf schwere Tuberkulinreaktionen gefaßt sein, die man ja bei innerer Tuberkulose nach Möglichkeit zu vermeiden sucht.“ Somit könnten sich also Bedenken gegen diese Methode aus Gründen ergeben, auf denen vielleicht zum größten Teil die Wirksamkeit der Behandlung beruht.

Raff-Augsburg.

- 44) **Qu'en sommes-nous avec le traitement de la lèpre**, par P. de Galatz. (7. congrès internat. de dermatologie et de syphilis. 1912. April.)

Verf. beweist auf Grund reicher Erfahrungen, daß allen optimistischen Berichten zum Trotz noch kein spezifisches Heilmittel für die Lepra gefunden sei. Das Carrasquillasche Serum, Nastin, sowie die Arsenpräparate Hektin und Salvarsan üben keinen erheblichen oder dauernden Einfluß auf diese Erkrankung aus, die bedeutendsten Besserungen werden allenfalls mit Chaulmoograöl erreicht, wo dieses vertragen wird. An einem besonders interessanten Fall veranschaulicht Verf., daß der oft berichtete Heilerfolg auf der heimtückischen Eigenschaft der Lepra beruhe, unter gewissen chemischen Einflüssen scheinbar zu verschwinden, um nach längerer Zeit heftig zu rezidivieren. J.

- 45) **The cultivation of the bacillus of leprosy and the treatment of cases by means of a vaccine prepared from the cultivations**, by E. R. Rost. (Lepra. Bibl. internat. XII. 1912. Fasc. 3.)

Verf. stellte aus dem Inhalt von leprösen Blaseneruptionen in Fischbouillon Kulturen des Leprabazillus her. Inokulationen hiermit blieben bei Ratten, Kaninchen und Meerschweinchen ohne Erfolg, erzeugten aber bei einem Affen Knoten mit typischen Leprabazillen. Aus den Subkulturen der primären Isolation stellte Verf. eine Vakzine her, mit welcher er zwei Heilungen, zwei wahrscheinliche Heilungen und sechs erhebliche Besserungen erzielte. J.

- 46) **The cultivation of leprosy bacillus**, by T. S. B. Williams. (Lepra. Bibl. internat. XII. 1912. Fasc. 3.)

Verf. stellte Kulturversuche auf Bouillon, Agar, Milch mit aus leprösem Material gewonnenem Streptothrix und leproïdem Streptothrix an und kommt zu dem Schlusse, daß der Leprabazillus nach seinen kulturellen Eigenschaften eine Entwicklungsphase des betreffenden Streptothrix sei: Beide wachsen auf den gleichen Medien, und aus dem leproïden Streptothrix entwickelten sich säurefeste Bazillen. Injektion des leproïden Streptothrix erzeugte bei Leprösen nur dann eine Reaktion, wenn bereits eine gewisse Säurefestigkeit des Bazillus bestand. J.

- 47) **Un nuovo caso (6°) di bouleas brasiliana o malattia del breda**, per Nerrotti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1912. Fasc. 1.)

Der 6. Fall von Bouleas brasiliana in der Neapolitaner Hautklinik. Der 49 Jahre alte Patient hat viele Jahre in Brasilien gelebt. Vor 2 Jahren erkrankte er mit Knoten an den Schultern und 7 Monate später mit Halschmerzen. Infolge irrthümlicher Diagnose wurde eine Quecksilber-Arsen-Salvarsanbehandlung eingeleitet. Die ulzerierten Hautknoten heilten, dagegen nicht die Halserscheinungen. Am weichen Gaumen findet sich eine große granulierende Masse von fast traubenartigem Aussehen und durchzogen von Furchen. Auf der hinteren Rachenwand findet sich eine gleiche, in der Mitte ulzerierte Masse. Im Sulcus coronarius ist seit längeren Monaten eine knorpelharte Infiltration vom Aussehen eines harten Schankers vorhanden. Im Sekret und im Gewebe der wuchernden Gaumenmassen wurden seltene Leishmannsche

Körperchen gefunden. Fiocco hat ebenfalls bei einem Falle von Bouleas keinen Erfolg mit Salvarsan erzielt. Dreyer-Cöln.

- 48) **Beitrag zur Kenntnis der Blastomykosen (Lymphangitis epizootica und Histoplasmosis)**, von H. da Rocha-Lima. (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. H. 4.)

Die Erreger obiger Erkrankungen, der *Cryptococcus farciminosus* und das *Histoplasma capsulatum*, die auffallende Analogien zeigen, dürften mit ziemlicher Sicherheit den Hefepilzen und nicht den Leishmanien zuzuzählen sein (Besitz einer sich nicht färbenden lichtbrechenden Membran, Vorhandensein von sprossenden Formen, Färbbarkeit nach Giemsa usw.).

Pürckhauer-Dresden.

- 49) **Die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit dem Rosenbachschen Tuberkulin**, von C. Beck. (Zeitschrift f. Kinderheilkunde. VI. H. 5 u. 6.)

Wie bei der Lungen-, Intestinal-, Knochen- und Drüsentuberkulose Verf. mit der Injektion von Rosenbachschem Tuberkulin günstige Heilerfolge gehabt hat, so ermuntern seine Resultate bei den tuberkulösen Erkrankungen der Haut der Kinder entschieden zur Nachahmung. Bei der multiplen Hauttuberkulose kam es zur Exulzeration und Schrumpfung, die kleinpapulösen Tuberikulide verschwanden, ein Lupus der Ohrmuschel vernarbte mit kleiner strahliger Narbe, ebenso ein walnußgroßes Hauttuberkulid am Unterarm. Der Allgemeinzustand der Kinder hob sich in allen Fällen, und die anfangs sehr starke Lokalreaktion klang allmählich ganz ab.

Klokow-Berlin.

- 50) **Deux cas d'érythème indurée de Bazin**, par Thibierge. (Bull. Soc. fr. de Dermatologie. 1913. Mai.)

Vorstellung von zwei Frauen mit einer etwas besonderen Form von Erythema induratum: die eine, myxödematös, hat ein das Erythema nodosum vortäuschendes Erythema induratum, das unter dem Einfluß von Ruhe und von zwei Immunkörperinjektionen zurückgegangen ist; die andere zeigte auf den Unterschenkeln rote, indurierte, purpuraartige Plaques, die allein bei Ruhe kleiner wurden. Balzer hat ebenfalls bei einem 13jährigen Mädchen mit zervikaler, in Eiterung begriffener skrophulo-tuberkulöser Adenopathie und einer generalisierten Eruption von Lichen scrophul. ein Erythema nodosum der unteren Extremitäten beobachtet. Er ist der Ansicht, daß es sicher Übergangsformen zwischen dem Erythema induratum und dem Erythema nodosum gibt und daß letzteres tuberkulöser Natur ist.

H. Netter-Pforzheim.

Gonorrhoe.

- 51) **Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. II. Teil**, von C. Bruck. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 3.)

Die Vakzinebehandlung, deren großer Nutzen erwiesen und deren Durchführung ohne größere Belästigung und ohne jede Schädigung der Patienten möglich ist, will Verf. nicht nur in jedem Fall von Epididymitis und Arthritis, sondern auch in jedem Fall von gonorrhöischer Prostatitis und hartnäckiger, der üblichen Behandlung trotztender Urethritis versucht werden wissen.

Schourp-Danzig.

- 52) **Über Arthigon**, von K. Seto. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 3.)

Das Arthigon wurde gegen Gonorrhoe und deren Komplikationen angewandt, mit günstigem Erfolge bei Epididymitis, Prostatitis und Arthritis

acuta, mit geringem Einfluß bei chronischer und akuter Scheidengonorrhoe. Die Reaktion besteht in einem etwa 3 Stunden lang ansteigenden Fieber. J.

- 53) **Über Gonargin, ein neues Vakzinepräparat**, von J. Schumacher. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Mai.)

Das Gonargin (Höchst) ist ein unschädliches Mittel; es wirkt therapeutisch gut bei Epididymitis und Tendovaginitis, unsicher bei chronischer Prostatitis, Vulvovaginitis und Rektalgonorrhoe. Immerwahr-Berlin.

- 54) **Zur Differenzierung gramnegativer Diplokokken mit Hilfe der Agglutinations- und Komplementbindungsreaktion.** (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. H. 4.)

Meningococcus, Gonococcus, Mikrococcus catarrhalis sind mittels der Komplementbindungsreaktion voneinander nicht differenzierbar. Die Agglutinationsprobe gibt brauchbarere Resultate und ist auch leichter ausführbar. Pürekhauser-Dresden.

- 55) **Jodipin per Clyisma bei Prostatitis**, von Fischel. (Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr. 12.)

Klystiere von 10 g; Mischung von 1 Teil Jodipin 25% mit 2 Teilen Ol. Olivar. alle Tage oder alle 2 Tage. Der Erfolg soll sehr gut sein. Raff-Augsburg.

- 56) **Ein Instrument zur radikalen Phimosenbeseitigung**, von Spitzzy. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 18.)

Instrument zur unblutigen Beseitigung der Phimose. Beschreibung im Original nachzulesen. Raff-Augsburg.

- 57) **Bones radio-actives dans le traitement épididymitis blennorragiques**, par Regnault et Cottin. (Bull. et Mém. Soc. Méd. des hôp. de Paris. 1913. 23. Mai.)

An einem Material von 25 Fällen wird der günstige Einfluß dieser Methode gezeigt; es wurde ein schnelles Verschwinden der Schmerzen, ein Rückgang der periepididymären Verdickung und auch des epididymären Knotens festgestellt. H. Netter-Pforzheim.

Venerische Helkosen.

- 58) **Klinische und bakteriologisch-serologische Studien über Ulcus molle und Ducreysche Streptobazillen**, von Ito. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Verf. fand bei seinen Untersuchungen, daß die Intrakutanreaktion mit einem aus Ducreyschen Streptobazillen hergestellten Vakzin spezifisch ist und zur Sicherung der klinischen Diagnose herangezogen werden kann. Bei Behandlung von Bubonen mit Streptobazillenemulsion will Verf. schnelle und gute Resultate erzielt haben. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu der Ansicht, daß die heftigen Erscheinungen des Bubo bei Ulcus molle nicht durch direkte Wirkung der Streptobazillen allein entstehen, sondern durch gleichzeitige anaphylaktische Reaktionen des Organismus. Als Nährböden für die Streptobazillen benutzte Verf. defibriniertes Hammelblut mit Fleischwasseragar oder gewöhnlicher Bouillon. Wurden die Streptobazillen täglich auf frischen Nährboden verimpft, so konnten noch nach 50 Generationen lebensfähige Keime nachgewiesen werden. Das Gift der Streptobazillen erwies sich als ein Endotoxin. Versuche, durch Vakzinevorbehandlung eine aktive Immunität zu erzeugen, schlugen fehl. Ebenso war keine passive Immunität

nachweisbar. Durch Vorbehandlung mit Vakzine oder bei Verlauf der Streptobazillenaffektion kann Überempfindlichkeit entstehen. Die passive Übertragung der Anaphylaxie ist sowohl mit Serum anaphylaktischer Meerschweinchen als mit dem Serum von Bubokranken möglich. Die Präzipitation, Agglutination und Komplementablenkung ergibt weder mit dem Serum vorbehandelter Tiere noch mit Patientenserum verwertbare Resultate. Schumacher-Berlin.

Syphilis.

- 59) **Klinischer und tierexperimenteller Beitrag zur Toxikologie des Salvarsans**, von Miedreich. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Mai.)

Schwach saure Lösungen wirken entschieden toxischer als alkalische; wenn die ersteren ohne Kochsalzlösung hergestellt werden, wirken sie in erhöhtem Maße toxisch. Immerwahr-Berlin.

- 60) **„Amerikanischer Ursprung“ und „Mal franzoso“ um die Mitte des 15. Jahrhunderts in Italien**, von Sudhoff. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. April.)

Verf. weist nach, daß der „Mal franzoso“ oder Morbus gallicus schon 1450 urkundlich erwähnt wird, und wendet sich gegen P. Richters Versuch, den amerikanischen Ursprung der Syphilis zu beweisen. Immerwahr-Berlin.

- 61) **Über die Todesfälle nach intravenösen Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan**, von E. Tomaszewski. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. April und Mai.)

Zur Erklärung der nach intravenösen Salvarsan- bzw. Neosalvarsaninfusionen beobachteten Todesfälle technische Fehler heranzuziehen, erscheint nicht angängig. Das gleiche gilt für die Herxheimer-Reaktion syphilitischer, im zerebrospinalen Nervensystem sitzender Krankheitsherde, oder für toxisch wirkende Substanzen, die im Verlauf oder nach Ablauf dieser Reaktion entstehen. Auch anaphylaktische Erscheinungen kommen nicht in Frage. Viel näher liegt es, an direkte oder mehr indirekte Nebenwirkungen des Salvarsans oder Neosalvarsans zu denken. Das ist wohl auch die Ansicht fast sämtlicher Autoren, die über derartige Todesfälle berichtet haben. Im allgemeinen werden Salvarsaninfusionen in den gebräuchlichen Dosen von 0,3—0,6 bei fehlerfreier Technik und genügender Quecksilbervorbehandlung von den meisten Patienten ohne nennenswerte Nebenwirkungen vertragen. Das gilt noch für wiederholte Infusionen in nicht zu kurzen Zwischenräumen. Nur vereinzelte Kranke reagieren in abnormer Weise, sei es mit Erscheinungen von seiten der Haut, der Nieren, des Gastrointestinaltrakts, der Leber oder des zerebralen, spinalen oder peripheren Nervensystems. Derartige Reaktionen muß man auch beim Salvarsan nach dem von Jadassohn vorgeschlagenen Einteilungsprinzip arzneilicher Nebenwirkungen als spezielle Überempfindlichkeit bezeichnen; denn das Salvarsan ist ebenso wie das Neosalvarsan kein an sich indifferentes, sondern ein in größerer Menge stets toxisch wirkender Körper, dessen tödliche Dosis man im Tierversuche genau feststellen kann. Danach handelt es sich bei den „anaphylaktoiden“ Erscheinungen um direkte Salvarsan- bzw. Neosalvarsannebenwirkungen. Dagegen ist bei den unter dem Bilde der Hirnschwellung verlaufenden Erkrankungen eine sichere Entscheidung, ob es sich um eine Nebenwirkung der organischen Verbindung, oder unorganischer Arsensalze, oder um eine kombinierte Wirkung beider handelt, zurzeit nicht möglich. Immerwahr-Berlin.

62) **Die Einwirkung wiederholter Salvarsan- und Neosalvarsaninjektionen auf das Blut**, von K. Heden. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

In den meisten Fällen ist der Blutdruck nach der ersten Injektion mehr oder weniger herabgesetzt. Nach der zweiten und dritten ist er in einigen Fällen aber weniger als nach der ersten Injektion vermindert. Nach den übrigen Injektionen ist keine Verminderung des Blutdruckes beobachtet. Die Blutdrucksveränderung scheint von dem Salvarsan und nicht von der Flüssigkeitsmenge abzuhängen; die Herabsetzung des Blutdruckes besteht gewöhnlich nur 1—2 Tage. Der Hämoglobingehalt des Blutes zeigt manchmal nach der ersten Injektion eine unbedeutende — höchstens 10%ige — Verminderung. Übereinstimmend mit den Hämoglobinveränderungen scheinen sehr unbedeutende Veränderungen der roten Blutkörperchen zu verlaufen. Die gesamten weißen Blutkörperchen zeigen eine Vermehrung. Ebenso die Prozentzahl der neutrophilen Leukozyten.

Schourp-Danzig.

63) **Quecksilber und Salvarsan. Bemerkungen zur Syphilistherapie und zur Wirkung der gebräuchlichen Antisyphilitika**, von E. Finger. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Ebensowenig wie das Quecksilber will Verf. das Salvarsan als direkt parasitizides Mittel gelten lassen, vielmehr sei die Wirkung eine indirekte, rein „stimulierende“, alle Abwehrkräfte des Organismus steigernde. Auch läge kein Grund vor, zwischen der Art und Weise der Wirkung des Quecksilbers und des Salvarsans einen prinzipiellen Unterschied anzunehmen; der Wirkungscharakter beider Medikamente sei im wesentlichen der gleiche. Nach Verf. entfaltet die kombinierte Salvarsan-Quecksilbertherapie ihre beste Wirkung im primären Stadium, während er der Ansicht ist, daß im sekundären Stadium die reine Salvarsantherapie ebenso wie die Kombination von Quecksilber und Salvarsan nicht wesentlich mehr zu leisten vermag als reine Quecksilberbehandlung. Empfehlenswert sei wiederum die Salvarsanbehandlung für die tertiären Formen, namentlich wenn man eine schnelle Wirkung erzielen will. Eindringlich weist Verf. wiederum auf die Gefahren der Salvarsanbehandlung hin. Dem „Wasserfehler“ steht er skeptisch gegenüber und führt die üblen Zufälle auf die Toxität des Mittels selbst zurück. Besonders weist er auf die leider so oft tödlich verlaufende Encephalitis haemorrhagica als direkte Folge der intravenösen Salvarsaninfusion hin.

Amende-Bamberg.

64) **Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan in der Privatpraxis**, von E. Freund. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 12.)

Reiche Erfahrungen aus der Privatpraxis faßt Verf. in einem kurzen Überblick zusammen. Bei subkutanen und intramuskulären Salvarsaninjektionen sah er eine schnelle Beeinflussung der primären und sekundären Symptome, doch wurde die Wassermann-Reaktion nur allmählich negativ. Um Neurorezidive zu verhüten, rät er stets der Kur eine Untersuchung der Augen, Ohren sowie des Zentralnervensystems voranzuschicken. Viel bessere Erfolge wie die früheren Methoden erzielte die endovenöse Einführung. Sekundäre Syphilide wurden schnell beeinflußt, frühzeitig behandelte primäre Fälle abortiv geheilt, positive Reaktionen in latentem Stadium in negative verwandelt. Bei Verwendung frisch destillierten Wassers wurden schwere Intoxikationserscheinungen zwar sehr selten, kamen aber doch noch vereinzelt vor. Technisch sei vorteilhaft, das Salvarsan in destilliertem Wasser ohne NaCl zu lösen und erst zur Nachspülung eine geringe Menge physiologischer Kochsalzlösung zu verwenden. Der Hauptmannsche Apparat bewährte sich gut. Die Wirkung

des Neosalvarsans stand der des alten Mittels in keiner Weise nach, auch wurden bei demselben keine Schädigungen der Nieren beobachtet. J.

- 65) **Three genital and four extra-genital chancres in one patient, appearing consecutively in the course of 39 days**, by W.S. Gottheil. (American Journ. of Surgery. 1912. Juni.)

Die eigentümliche Krankengeschichte soll einen Beweis liefern für die Möglichkeit, daß bei dem gleichen Patienten mehrere syphilitische Primäraffekte im Laufe von 4—5 Wochen entstehen können, sowohl genital als extragenital, und dann erst die sekundären Symptome, Drüsenvergrößerung, Roseola usw. erscheinen. J.

- 66) **Über Parallelversuche mit Alt- und Neosalvarsan**, von Gutmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 13.)

Die Versuche ergaben, daß eine bestimmte Stellungnahme in der Frage der Beeinflussung der Wassermann-Reaktion durch die beiden Präparate nicht möglich ist. In Hinblick auf die geringeren Nebenwirkungen des Neosalvarsans dürfte es sich empfehlen, bei Fällen mit sehr ausgebreiteten Erscheinungen besonders auch an lebenswichtigen Organen, die Kur mit Neosalvarsan durchzuführen oder mindestens zu beginnen. Eventuell dürfte es angebracht sein, die Präparate kombiniert anzuwenden.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 67) **Die jetzigen Heilmittel der Syphilis und ihre Anwendung in der Praxis**, von Touton. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 13.)

Verf. teilt in der vorliegenden Arbeit, die im Original nachzulesen ist, seine auf fast 30jähriger Praxis beruhenden Erfahrungen mit. Nur kurz sei hervorgehoben, daß seiner Ansicht nach das Quecksilber vorläufig das sicherste und — wenn richtig angewandt — auch ein mit Rücksicht auf die Verträglichkeit seitens des menschlichen Organismus ausgezeichnetes Heilmittel der Syphilis, also der Krankheit, nicht nur ihrer Symptome, ist. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 68) **Die Prinzipien der modernen Syphilistherapie**, von Neisser. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Die Allgemeinbehandlung soll sobald wie möglich beginnen. Für alle Fälle ist an dem Prinzip einer gewissen Chronizität der Behandlung festzuhalten, derart, daß dafür gesorgt wird, daß die Spirochäten im Körper gleichsam gar nicht zur Ruhe kommen. Es ist also immer wieder, der individuellen Form des Falles angepaßt, Salvarsan und Quecksilber (am besten graues Öl) zu geben. Die Frage, wann bei negativer Wassermann-Reaktion die Behandlung abbrechen kann, ist noch nicht geklärt. Verf. ist der Ansicht, daß kein Syphilitiker, den man sonst auf Grund der negativen Reaktion für geheilt halten könnte, aus der Behandlung entlassen werden sollte, ohne daß seine Spinalflüssigkeit untersucht ist. Lokalbehandlung hat, wo irgend möglich, die Allgemeinbehandlung zu unterstützen. Das Prinzip der Syphilistherapie ist nach Verf. das allgemein-ärztliche Prinzip: jedes Mittel auszunützen, das einigermaßen von Nutzen sein kann. Also in jedem Fall Salvarsan, Quecksilber, Jod, die Hilfsmittel der Hydro- und Balneotherapie, es müßten denn bei einzelnen Kranken spezielle Kontraindikationen gegen die eine oder andere therapeutische Maßnahme vorliegen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 69) **Status thymolymphaticus und Salvarsan**, von Rindfleisch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 12.)

Bei zwei Todesfällen ergab die Autopsie einen typischen Status thymolymphaticus. Bei Verdacht hierauf ist Salvarsan deshalb nur mit äußerster Vorsicht anzuwenden. Der Morbus Basedow, der in 70% aller Fälle von der

genannten Anomalie begleitet wird, dürfte deshalb als eine Noli me tangere für Salvarsan anzusehen sein.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

70) **Darf Neosalvarsan ambulant angewandt werden?** von Touton. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 11.)

Verf. bejaht die Frage unter der Voraussetzung einer vorsichtigen Anwendung.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

71) **Über Ausscheidungswerte und Speicherungsverhältnisse nach Einfuhr von Salvarsan in den menschlich-tierischen Organismus**, von Ullmann. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. H. 2.)

Verf. fand, daß das Salvarsan im Vergleich zu anderen Arsen- und Hg-Verbindungen eine schwer zersetzliche und schwer resorptionsfähige Substanz ist. Nach subkutanen und intramuskulären Injektionen war mitunter noch nach 30—60 Tagen ein deutlicher Arsenspiegel bei der chemischen Untersuchung des Harns nachzuweisen. Auch die Ausscheidung bei intravenöser Zufuhr erstreckte sich, wenn auch nur auf unwägbare Spuren, auf 3—6 Monate. Die Hauptmenge hatte bereits nach einigen Stunden, wägbare Mengen in 2—4 Tagen den Organismus verlassen. Als Hauptausscheidungsorgane kommen Leber und Niere in Betracht, einen anderer Teil des Arsens wird durch den Magen-Darmtraktus ausgeschieden, während im Gehirn Verf. nur äußerst selten und dann nur in minimalsten Mengen Arsen fand, was gegen die Neurotropie des Salvarsans spreche. Im Blute wurden nach intramuskulär-subkutaner Einführung selten nur geringe, kaum wägbare Mengen Arsen gefunden, nach intravenöser Zufuhr des Mittels anfangs große Mengen, nach einigen Stunden nur mehr unwägbare Mengen.

Schumacher-Berlin.

72) **Le traitement de la syphilis**, par Dujardin. (Journ. méd. de Bruxelles. 1913. Nr. 11 u. 12.)

Verf. will nach seinen reichen therapeutischen Erfahrungen die Syphilis folgendermaßen behandelt wissen: Primäre Fälle mit negativem Wassermann erhalten im Zwischenraum von 6—8 Tagen 5—6 Injektionen Neosalvarsan zu 0,45—0,75 bez. Altsalvarsan zu 0,3—0,5 pro dosi; bei positivem Wassermann soll mit den Salvarsaninjektionen so lange fortgesetzt werden, bis die Reaktion umschlägt. Zum Abschluß noch drei weitere Salvarsaninjektionen, kein Hg. Die Wassermann-Reaktion ist im ersten Halbjahr monatlich, im zweiten jeden zweiten Monat, im weiteren Verlauf mehrere Male anzustellen, bis durch den fortgesetzt negativen Ausfall die Blutuntersuchung (mindestens innerhalb eines Jahres) der Beweis der Ausheilung der Erkrankung erbracht ist. Ältere primäre und sekundäre Fälle sollen 6—8 Salvarsaninjektionen in derselben Dosierung und innerhalb desselben Zwischenraums erhalten. Ist der Wassermann dann noch positiv, soll mit den Injektionen fortgefahren werden. Beim Eintritt der negativen Reaktion wird ein Monat abgewartet, dann 3—4 Salvarsaneinspritzungen gegeben, wieder ein Monat gewartet, wieder 3—4 Injektionen und so noch zum drittenmal verfahren. Eine weitere Behandlung wird von dem Ausfall der Wassermann-Reaktion abhängig gemacht. Hg kann unterstützend während der Kur oder innerhalb der Intervalle gegeben werden, unbedingt notwendig ist es nicht. Eine chronisch intermittierende Hg-Behandlung folgen zu lassen, nachdem der Wassermann unter der Salvarsantherapie negativ geworden ist, hält Verf. nicht für notwendig, zumal man durch Quecksilber eventuellen Neurorezidiven nach vorausgegangener Salvarsanbehandlung nicht vorbeugen kann. Ist die erste Behandlung mißglückt, so wartet man besser auf das Wiederauftreten der positiven

Reaktion bzw. des ersten Rezidivs. (Wodurch anders als durch positiven Wassermann oder Rezidiv will Verf. feststellen, daß die Behandlung mißglückt ist? Ref.). Dann soll sofort, um jeder schwereren Läsion vorzubeugen, eine energische Salvarsan- bzw. kombinierte Behandlung einsetzen. Für tertiäre Fälle und parasyphilitische Erkrankungen gelten dieselben therapeutischen Vorschläge. Verf. hält das Salvarsan dem Hg für weit überlegen. Pürckhauer-Dresden.

- 73) I. *Présence du treponema pallidum dans le cerveau des paralytiques généraux.* II. *Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux morts en ictus,* par A. Marie, C. Levaditi et J. Bankowski. III. *Présence du treponema pallidum dans la paralysie générale,* par G. Marianesco et J. Minea. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 794, 1009 u. 975.)

I. Die Angaben über das Vorkommen von *Spirochaeta pallida* im Gehirn von Paralytikern, die sich von Woche zu Woche mehren, weisen immer bestimmter darauf hin, daß die Krankheitsercheinungen durch Nachschübe dieser pathogenen Organismen immer aufs neue angefacht werden können. Die erste Arbeit liefert zunächst den Nachweis der Spirillen in 2 (unter 24) Gehirnen von Paralytikern, der mit Hilfe der Silbermethode gelang. Es ist sehr bemerkenswert, daß in diesen beiden Objekten, die auf Schnitten nach Fixierung in Formol untersucht worden waren, die Imprägnation der Nerven-fibrillen ausgeblieben war und also nur die Spirillen hervortraten. In einem dritten Paralytikergehirn konnten die Spirochäten nicht nur mit dem Ultramikroskop, sondern auch durch die Burrische Tuschemethode und die Silberimprägnierung nach Fontana-Tribondeau nachgewiesen werden. Namentlich von dem zuletzt erwähnten Verfahren, bei dem frisch zerriebene Gehirnpartikel mit Silber imprägniert werden, erwarten die Verf. weitere wichtige Aufschlüsse. — II. In der Tat gelang den drei Forschern bei Anwendung der eben genannten Methoden weiterhin der Nachweis, daß in der Gehirnrinde von Paralytikern, die während eines apoplektiformen Anfalls zugrunde gegangen waren, konstant *Spirochaeta pallida* reichlicher oder spärlicher vorkommt und zwar in mehr oder minder umschriebenen Herden. Wahrscheinlich geht die Vermehrung in Form von sukzessive sich folgenden Schüben (besonders in der vorderen Hirnhälfte) vor sich. Der apoplektiforme Anfall ist wohl nur eine Folge solcher akuten Spirochätennachschübe, die man demnach am sichersten finden wird, wenn man Gehirne von Patienten wählt, die einem solchen Anfall erlegen waren. — III. Im Gegensatz zu den französischen Forschern waren Marianesco und Minea bei Verwendung des Ultramikroskops nicht glücklich, wohl aber gelang ihnen unter 26 Fällen von allgemeiner Paralyse, indem sie die gehärteten Gehirne nach den verschiedensten Modifikationen der Cajalschen Methode untersuchten, einmal der positive Nachweis sehr zahlreicher echter Pallidaformen. Auch hier durchsetzten sie die graue Rinde und zwar stellenweise so reichlich, daß man bis zu 60 Exemplaren in einem Immersions Gesichtsfeld zählen konnte. Die allgemeine Paralyse ist somit als eine von der *Spirochaeta pallida* abzuleitende „Syphilose“ anzusehen, die sich deshalb der Hg- und Salvarsanbehandlung gegenüber so hartnäckig erweist, weil die Spirillen im Lauf ihrer Entwicklung eine ganz besondere Widerstandskraft erlangten. (Bei dieser Umschreibung der leider nicht zu bestreitenden, traurigen Tatsache wird die Wissenschaft hoffentlich nicht stehen bleiben. Ref.)

B. Solger-Neisse.

- 74) Eine neue Spritze zur Injektion von konzentrierter, unter Luftabschluß

hergestellter Neosalvarsanlösung, von Duhot. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Verf. hat eine neue Spritze konstruiert, die außer dem Luftabschluß noch den Vorteil bietet, daß keine Glassplitter aus der Tube in die Spritze gelangen können. Die von dem Verf. erwähnten Vorteile der konzentrierten Neosalvarsanlösung sind aus der Arbeit von Stern bekannt. Raff-Augsburg.

75) **Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektion**, von A. Strauss. (Dermatologische Wochenschrift. 1913. Nr. 14.)

Verf. verwendet eine Rekordspritze von 10 ccm Inhalt. 0,9 Neosalvarsan wird in 10 ccm vorher gekochtem Wasser gelöst und in die Spritze aufgezogen. Die Spritze wird mit einer Doppelnadel armiert. Nach der Abschnürung wird die mit der gefüllten Spritze verbundene, über das innere Rohr etwas nach vorn gezogene Nadel in die Vene eingestochen. Dann schiebt man das innere Rohr vor, das die Spitze deckt. Eine Verletzung der Venenwände ist nun ausgeschlossen. Man löst den Gummischlauch und spritzt den Inhalt ein. In dieser Weise kann jeder Blutaustritt vermieden werden. Will man nur 0,45 Neosalvarsan injizieren, so genügen 5 ccm Wasser. Diese Einspritzungen mit Neosalvarsan werden vorzüglich vertragen. Dies scheint dem Verf. dafür zu sprechen, daß die unangenehmen Nebenerscheinungen nicht nur von dem Wasserfehler, sondern auch von der Wassermenge abhängig sind.

Schourp-Danzig.

76) **Über die Nebenerscheinungen nach intravenöser Salvarsaninjektion**, von S. Akutsu, T. Okochi und Y. Nakagawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 3.)

320 Syphilisfälle wurden intravenös mit Salvarsan injiziert. Die Nebenerscheinungen, besonders das Fieber, sind sehr verschieden, je nach der Individualität des Patienten und der Stärke der durch den Spirochätenzerfall freiwerdenden Toxine. Die Verff. glauben, daß eine vorhergehende Quecksilberkur den Nebenerscheinungen des Salvarsans vielleicht vorbeugen kann. J.

77) **Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Frühsyphilis nebst ergänzenden Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit**, von Altmann und Dreyfuss. (Münchener med. Wochenschrift. 1910. Nr. 9 u. 10.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind folgende: Bei Primäraffekten mit negativem Wassermann ist der Liquor normal; ist Wassermannreaktion positiv, so treten Veränderungen ein, die sich steigern, wenn die sekundären Erscheinungen eintreten. Diese Veränderungen nehmen im Spätstadium sowie in der Spätlatenz wieder ab. Es ist dies ein Beweis dafür, daß mit der Dispersion des luetischen Virus, die schon sehr früh eintritt, das Nervensystem affiziert wird. Allerdings geht ein großer Teil der Veränderungen auch bei unzureichender Behandlung wieder zurück. Die Verff. fordern, daß jegliche Liquorveränderung als syphilitisches Symptom angesehen und bis zur Erreichung normaler Werte behandelt wird. In allen Stadien der Frühsyphilis wurden bei intensiver Salvarsanbehandlung sämtliche Fälle günstig beeinflusst. In einigen Fällen bei zu geringer Salvarsanbehandlung (0,9—1,5) treten Verschlimmerungen auf, um bei Weiterbehandlung wieder zu verschwinden, eine Erscheinung, die der Entstehung der Neurorezidive analog ist. Verff. empfehlen also, intensiv zu behandeln (6—8 Injektionen 3—4 g in 4—6 Wochen, dazu Hg. salicyl. 1,2 oder besser Calomel 0,8) und warnen vor verzettelter Therapie. Im Frühstadium sind leichter normale Liquorveränderungen zu erzielen. Die Verff. „hoffen“, daß diese günstigen Verhältnisse dauernd bleiben, wenn auch

ihre Nachuntersuchungen noch nicht zahlreich genug sind, um den Beweis zu führen. Freilich müssen weitere Kuren folgen. Der therapeutische Erfolg muß auch nach den Liquorveränderungen, nicht bloß nach der Wassermannreaktion beurteilt werden, zumal beide oft nicht übereinstimmen. Was die Praxis anbetrifft, so halten die Verf. nach dem Abschluß der Therapie die Lumbalpunktion für nötig, um neben der Wassermannreaktion auch Auskunft über die Heilerfolge am Nervensystem zu erhalten. Ist die Lumbalpunktion von den Syphilitologen als diagnostisches Mittel allgemein angewendet und wird bis zum Verschwinden der Wassermannreaktion und der Liquorveränderungen behandelt, so ist die Hoffnung berechtigt, daß die Vermeidung derluetischen und metaluetischen Veränderungen des Nervensystems durch Frühbehandlung möglich wäre.

Raff-Augsburg.

- 78) **Zur Salvarsanbehandlung des Milzbrandes**, von Mokrzecki. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Heilung eines Falles von äußerem Milzbrand — Pustel am Halse mit Drüsenschwellung — durch eine einzige intravenöse Salvarsaninjektion von 0,6.

Raff-Augsburg.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 79) **Zur Behandlung der Pollutionen**, von Lissmann. (Med. Klinik. 1912. Nr. 22.)

Verf. berichtet über gute Erfahrungen mit dem Antipolut genannten Apparat, mit dem es gelang, die Zahl der Pollutionen fast auf das Normalmaß zu reduzieren neben roborierenden und suggestiven Maßnahmen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 80) **Orchite aiguë primitive des enfants**, par Ombrédanne. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 56.)

Verf. bespricht einen wenig gekannten klinischen Symptomenkomplex beim Knaben, bestehend im Auftreten einer akuten primären einseitigen Orchitis mit Schmerz, Schwellung, Rötung der betreffenden Skrotalhälfte und ausgehend in Eiterung oder Atrophie des Testikels. Tuberkulose und Gonorrhoe sind in diesen Fällen ausgeschlossen. Es handelt sich um die akute Orchitis der Masturbanten, die bereits von Gosselin beschrieben ist. Verf. hat unter einer großen Anzahl von Kinderkonsultationen sieben einschlägige Fälle beobachtet, die er sämtlich operiert hat, viermal fand er eine intra- oder extravaginale Torsion des Samenstranges. Es ist besser, in diesen Fällen immer zu operieren, weil die Torsion nicht stets zu erkennen ist und sonst Atrophie des Hodens eintritt.

Paul Cohn-Berlin.

- 81) **Practical value of blood-cryoscopy for the determination of renal function**, by Krotoszyner and G. W. Hartman. (Journ. of the Amer. med. Association. 1913. 18. Januar.)

Die Verf. zeigen den Wert der Bestimmung des Gefrierpunktes des Blutes besonders in Fällen, wo die Ureteren nicht katheterisiert werden können.

Roeschmann-Boppard.

- 82) **Herpes zoster in connection with kidney lesions**, by Krotoszyner. (Journ. of the Amer. med. Association. 1911. September.)

Verf. beobachtete in 2 Fällen von Nierenveränderung (Pyonephrosis und Nephrolithiasis) das Auftreten von Herpes zoster; im zweiten Fall zeigte sich die Eruption in der Höhe des Manubrium sterni bis hinten zum 10. Inter-

kostalraum; bei der Operation fand sich eine nicht ungewöhnlich hohe Lage der Niere. Roeschmann-Boppard.

- 83) **Clinical aspects of urosepsis**, by Krotoszyner. (California State Journ. of Medicin. 1912. Juli.)

Verf. bezeichnet als Urosepsis jede septische Infektion und Intoxikation, die vom Urogenitaltraktus ausgeht und beschreibt deren häufigsten Ursachen und Folgen. Roeschmann-Boppard.

- 84) **Congenital renal and uretral anomaly**, by Rolleston. (British Journ. of Childrens Diseases. 1913. April.)

Bei einem Knaben von 12 Jahren, Todesursache Diphtherie, zeigte sich bei der Sektion: Fehlen der rechten Niere, der rechte Ureter endete blind in der Höhe der mittleren Lumbalwirbel, für eine Sonde durchgängig. Linke Niere in gewöhnlicher Lage von der Größe der eines Erwachsenen, der Ureter teilte sich etwa auf halber Höhe, der obere Zweig versorgte das obere Drittel der Niere. Bei Lebzeiten keine Beschwerden und normale Urinmenge. Roeschmann-Boppard.

- 85) **Nephrectomy in a case of bilateral pyelonephritis recovery**, by Krotoszyner. (Amer. Journ. of Urology. 1912. Februar.)

Die Katheterisierung der rechten Niere ergab bei einem 52jährigen Manne nur Eiter und Mangel jeder Funktion; auch links viel Eiter, aber trüben Urin. Nach Exstirpation der rechten Niere auffallende Besserung der Sekretion links. Roeschmann-Boppard.

III. Bibliographie.

T. v. Györy, **Der Morbus Brunogallicus (1577). Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilisepidemien.** (Zur histor. Biol. der Krankheitserreger. Gießen, Töpelmann, 1912. H. 6. 1,40 Mk.) — Der Inhaltsauszug, den Verf. aus dem Buche des zu seiner Zeit berühmten Jordanus über den „Morbus Brunogallicus“ gibt, eröffnet einen interessanten Einblick in das eifrige Bestreben der Ärzte des 16. Jahrhunderts, die Epidemiologie so ernst und wissenschaftlich zu betreiben, wie es mit den primitiven Hilfsmitteln ihrer Zeit nur irgend möglich war. Dem Buche, das in wenigen Jahren 4 Auflagen erlebte, gehen nach der damaligen Sitte ein Porträt des Verfassers, Widmungs- und Dankschreiben, Briefe und Gutachten anderer Mediziner voran. Sodann berichtet der scharf beobachtende Arzt über zahlreiche extragenitale Infektionen der Syphilis, die er als der erste erkannte und dem Benutzen der gleichen Werkzeuge, Schröpfköpfe usw. in einem vielbesuchten Bade zuschreibt, das zuvor ein Kranker aufgesucht hatte. Die Krankheit trat mit schweren Symptomen, aber selten tödlich bei oft nachweisbar unschuldigen Personen auf. Da die Ärzte seiner Zeit mit „Syphilis“ nur eine durch Geschlechtsverkehr entstandene Krankheit bezeichnen wollten, nimmt Jordanus bei dieser Brünner Epidemie eine Abart der Lustseuche, die aber dem gleichen „Virus“ entstamme, an. Energisch verteidigt er die Bademeister, die der Zauberei und Vergiftung angeklagt waren, mit einer logischen Darlegung chemischer und kontagiöser Gifte, ebenso verständig verurteilt er die Sternentätologie der Astrologen. Modern mutet sein Rat an, die Gebrauchsgegenstände im Bade auszuglühen oder zum Teil zu vernichten, auch der vielleicht amerikanische Ursprung der Syphilis wird erwähnt. Mit der Therapie hat der sorgfältige Forscher die meisten Schwierigkeiten. Das Quecksilber ist noch nicht in nur leidlich gefahrlosen Präparaten hergestellt, Turpeth und Guajak unsicher in der Wirkung. Er greift die gewissenlosen Kollegen an, die die Seuche als „etwas Äußerliches“ unwissenden Heilgehilfen überweisen. Auch wiederholt er die immer wiederkehrende Klage aller Zeiten über die geringe Widerstandskraft und ungesündere Lebensweise seiner Generation im Vergleiche mit den starken Naturen der „guten alten Zeit“. Das sowohl medizinisch wie historisch interessante Werkchen wird gewiß viele Leser fesseln. J.

H. Mann, **Die moderne Parfümerie.** (3. Aufl. Augsburg, Verlag für chemische Industrie [H. Ziolkowsky], 1912. 13,50 Mk.) — Dieses ausgezeichnete Buch enthält

eine erschöpfende Anweisung und Sammlung von Vorschriften zur Herstellung sämtlicher Parfümerien und Kosmetika unter besonderer Berücksichtigung der künstlichen Riechstoffe nebst einem Anhang über die Parfümierung der Toiletteseifen. Hiernach leuchtet es ein, welchen hohen Wert gerade für unser Spezialfach, das sich immer mehr mit der Kosmetik beschäftigen muß, das vorliegende Werk hat. Ich kann nur einiges aus dem enorm reichen Inhalt erwähnen: die Zahnpulver, die Mittel zur Reinigung, Pflege und Färbung der Haare, die Enthaarungsmittel, Toilettenessig, parfümierte Bäder, Schminken. In jedem Kapitel ist soviel Anregung enthalten, daß wir nicht dringend genug das eingehende Studium dieses an erster Stelle stehenden, für die Praxis unentbehrlichen Ratgebers empfehlen können.

IV. Therapeutische Notizen.

Eczema ani:

- Rez. Ol. Rusci
1) Sulf. ana 2,5
Ungt. moll. 15,0
(Veiel.)

J.

Pruritus vulvae:

- Rez. Ungt. pic. liq.
2) Ungt. Belladonn.
Tict. aconiti ana 8,0
Ungt. aquae ros. q. s. ad 30,0
(Evans, New York Med. Journ. 1913. Februar.)

J.

Teleangiektasien:

- Rez. Sol. Adrenalin (1:1000) 2,0
3) Zinci oxyd.
Adip. lanae ana 8,0
Paraff. mollis ad 30,0
(Castaigne und Fernet, Americ. med. 1912.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Mai 1913.

E. Lesser spricht „Zur postkonzeptionellen Syphilis“ unter Demonstration einer syphilitischen Frau mit ihrem 26 Tage alten Kinde, das zu normaler Zeit geboren und bisher anscheinend gesund ist, während die Mutter bei der Aufnahme ein makulopapulöses Exanthem, indolente Drüsen usw. zeigt; Wassermann ist bei der Mutter positiv, beim Kinde vollkommen negativ, die Infektion der Mutter hat nach den anamnestischen Angaben 2—2½ Monate vor der Entbindung stattgefunden; es handelt sich also um einen Fall von postkonzeptioneller Syphilis. Es fragt sich, ob das Kind nicht doch Lues congenita hat. Jeder Fall von Lues congenita stammt höchst wahrscheinlich von der Mutter, ist also eine postkonzeptionelle Lues, indem die Infektion auf dem Wege der Placenta erfolgt; eine paternelle Übertragung durch das Sperma ist im höchsten Grade unwahrscheinlich. Die Infektion des Fötus durch die Mutter geschieht am häufigsten in der zweiten Hälfte der Gravidität, daher ist ein Abort in den ersten 4 Monaten infolge von Lues sehr selten.

Je früher die Infektion der Mutter stattfindet, desto sicherer wird auch die Frucht infiziert, je später, desto sicherer kann das Kind der Lues entgehen. Hinsichtlich der Stillungsfrage ist zu sagen, daß, wenn das Kind luetisch ist, so soll die Mutter natürlich stillen; sonst wird im allgemeinen die serologische Untersuchung den Ausschlag geben, wobei aber zu bedenken ist, daß Reagine ins kindliche Blut übergehen und gleich nach der Geburt positiven Wassermann vortäuschen können; andererseits sind Fälle beobachtet, in denen der anfangs negative Wassermann nach mehreren Monaten positiv wurde, ferner kann die Milch das Kontagium enthalten, deshalb soll in zweifelhaften Fällen die Mutter das Kind nicht stillen.

In der Diskussion wird von mehreren Rednern betont, daß die Frage der paternellen Übertragung noch nicht endgültig entschieden ist; vielfach sind Mütter luetischer Kinder viele Jahre ohne manifeste Erscheinungen beobachtet worden. Wenn man annehme, daß alle Mütter kongenital-luetischer Kinder selbst luetisch sind, so könnten sie auch durch die vom Vater her luetische Frucht infiziert sein. Die Infektion der Frucht kann zu jeder Zeit erfolgen, sobald Spirochäten in die Placenta gelangen. Fr. Lesser meint, diese latent luetischen Mütter syphilitischer Kinder sollten nicht behandelt werden, da sie genügend immunisiert seien, während Votr. und Pinkus sich für energische Behandlung aussprechen.

Zürn demonstriert einen Patienten mit langjähriger **Psoriasis**, deren Effloreszenzen zum Teil mit Hinterlassung von **atrophischen Stellen** abgeheilt sind, einer Abheilung, die sehr selten ist.

W. Friedländer zeigt einen Fall von **Lichen ruber planus** mit Lokalisation an den Streckseiten der Extremitäten, im Munde und am Penis, der sich innerhalb von 6 Wochen entwickelt hat; merkwürdig ist das **livide Zentrum** und **rote Hof** an den einzelnen Effloreszenzen, die für Erythema exsud. multif. sprechen würden, wenn nicht die derbe, infiltrierte Beschaffenheit wäre.
Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

Die eingehenden Untersuchungen der Pellagrakommission des Staates Illinois (Illinois State Journal 1912) ergaben als wahrscheinlich einen noch nicht bekannten Mikroorganismus als Erreger der Pellagra und als dessen Eintrittspforte den Magendarmtractus, Mangel an tierischen Proteinen in der Nahrung scheint die Krankheit zu begünstigen. Die Zahl der Fälle im Staate Illinois sei groß genug, um eine Gefahr zu bedeuten. Sorgfältige Nachforschungen über Krankheitserreger und Vermehrung der animalischen Proteine in der Hospitalskost erscheinen als prophylaktische Maßnahmen geboten. J.

VII. Personalien.

a. o. Prof. der Dermatologie Ludwig Merk in Innsbruck wurde zum ordentlichen Professor befördert.

Gestorben Prof. Duhring in Philadelphia.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslands, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1913.

August.

Nr. 11.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Über intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans, von Dr. Willy Cohn. 2) Über die Verwendung des Noviforms in der Dermatologie und bei venerischen Erkrankungen, von Oberarzt Dr. Wenzel Milota.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Über ein neues Dauerhefepräparat „Biozyme“, von A. Stephan. 2) Die Anwendbarkeit der Mastixlösung in der Dermatotherapie, von F. Hammer. 3) Erfahrungen mit Noviform, von R. Patek. 4) Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien, von Orlowski. 5) Veränderungen der Hautreaktion bei Injektion von Serum und kolloidalen Substanzen, von Luithlen. 6) A much neglected branch of dermatology, by W. W. Quinton. 7) Histologische Untersuchung der normalen und pathologischen Gewebe unter dem Einfluß der Radiumstrahlen, von K. Dohi und G. Maki. 8) The influence of milk fat on the skin, by D. W. Montgomery and G. D. Culver. 9) Sur les formations mitochondriales dans les cellules néoplastiques des épithéliomes de la peau et des muqueuses dermo-papillaires, par M. Favre et Cl. Regaud. 10) Über Schutzmaterial gegen Röntgenstrahlen, von G. Fujinami. 11) A new method of applying carbon dioxide snow, by W. K. Sibley. 12) Sull' uso della neve carbonica in alcune malattie della pelle, per B. Cullisto. 13) Über Amyloiddegeneration der Haut, von Kreibich. — Entzündliche Dermatosen. 14) Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis, von Th. Hoffa. 15) Zur Behandlung des Ekzems junger Kinder, von B. Bendix. 16) Die Behandlung des Unterschenkelekzems mit Cadogel, von A. Röth. 17) Der klinische Wert des Cadogel, eines neuen kolloidalen Teerpräparates, von J. Géber. 18) Die Hautkrankheiten der Diabetiker, von Bettmann. 19) Über die angebliche Veränderung adrenalinhaltiger Substanzen im Serum von Psoriasis-kranken, von Fischel und Parma. 20) Radiodermite sclérosante grave de la face traitée par la bio-kinétique, par L. Jacquet et Debat. 21) Un cas de kératose arsénicale précoce, par Burnier. 22) The possible inter-relationship of infectious eczematoid dermatitis, dermatitis repens and acrodermatitis perstans, by R. L. Sutton. 23) Impetigo und Nephritis, von T. Ujiri. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 24) Multiple pigmented warts in Pregnancy, by E. Ward. 25) Behandlung von Krebskranken mit Vakzination, von K. Lewin. 26) Epithelioma and rodent ulcer occurring in the same patient, by H. Davis. 27) Riesenzellentumoren nach subkutanen Einspritzungen eines Arseneisenpräparates, von Oppenheim. 28) Untersuchungen über das Virus des Molluscum contagiosum, von A. Leber. 29) Zur Ätiologie des Molluscum contagiosum, von Kreibich. 30) Contributo allo studio del pseudo-milium colloide, per Lombardo. 31) Naevus linearis verrucosus, von R. Polland. 32) Spontane Rückbildung eines Naevus verrucosus unius lateris, von Bettmann. 33) Cutis verticis gyrata, per Pasini. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 34) Zur Kenntnis der kongenitalen Cutisdefekte, von R. Weintraub. 35) Demonstration eines Falles von Striae cutis distensae und eines Falles von Perifolliculitis multiplex fibrosa atrophicans einer bisher noch nicht beschriebenen Dermatoze, von K. Ullmann. — Neuritische Dermatosen. 36) Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica, von H. Rock. 37) Praktische Bemerkungen zur Diagnose der pellagrösen Hautveränderungen, von G. Prohizer. 38) Pemphigus congénital et familial à kystes épidermiques, par Balzer et Mlle. Landesmann. — Parasitäre Dermatosen. 39) A case of Norwegian or crusted scabies,

by W. Beatty. 40) Un cas de myase rampante, par Dantin, Balzer et Mlle. Landesmann. 41) A proposito della così detta botriomicose umana, per Simonelli. 42) Le malattie cutanee nelle scuole di Pavia, per Cluffo e Ossola. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 43) Mycetoma in America, by R. L. Sutton. 44) Sopra un caso di micetoma della guaneia, per Carini. 45) The occasional clinical resemblance of blastomycosis and syphilis to sporotrichosis, by R. L. Sutton. 46) A case of sporotrichosis simulating blastomycosis, by H. G. Adamson. 47) Nachweis der Muehschen Granula im Gewebe der papulo-nekrotischen Tuberkulide, von J. Nagamatsu. 48) L'importanza della patogenesi per la terapia del lupus, per Engel. 49) Über die viszerale Lepra, von Sugai. 50) Communication concernant la lèpre en Serbie, par E. Meulengracht. 51) Réflexions à propos de deux cas de lèpre observés à Tunis, par G. Eichmüller. 52) Experimental leprosy: a perspective, per J. Ashburton-Thompson. 53) Un caso di erythema induratum (Bazin), per D. Favera. 54) Di un caso di micosi fungoide, per Verrotti. — Gonorrhoe. 55) Klinische Erfahrungen mit Adamon bei den Reizzuständen der akuten Gonorrhoe, von Treitel. 56) Zur Xeresebehandlung des weiblichen Fluors, von Abraham. 57) Die Behandlung des Ausflusses der Frau, von Katz. 58) Über einen haltbaren Gramfarbstoff für Gonokokken-, Pilz- und Spirochätenfärbung, von Klausner. — Syphilis. 59) Neosalvarsan, von Dreyfuss. 60) Die Anwendungsart des Salvarsans und Neosalvarsans, Infusion oder Injektion, von Stern. 61) Studien über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis, von Noguchi. 62) „Vasocommotio cerebri“, ein neuer Symptomenkomplex von Gehirnerscheinungen schwerster Art nach Salvarsaninfusionen, eine mittelbare Folge des Wasserfehlers, von M. Müller. 63) Die praktische Verwendbarkeit der provozierenden Wirkung des Salvarsans, von Kall. 64) Über das Verhalten des Nervensystems gesunder Kaninchen zu hohen Salvarsandosens, von Dolnikow. 65) Infusion oder Injektion des Salvarsans, von Zimmern. 66) Beitrag zur Chemotherapie der Spirochätosen, von G. Giemsa. 67) Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan in der Privatpraxis, von E. Freund. 68) Todesfall durch Salvarsan, von A. Jordan. 69) Melanodermie nach einer Salvarsaninjektion, von Kr. Grön. 70) Über Salvarsan und Neosalvarsan, von P. Ehrlich. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 71) Traitement des urétrites chroniques de l'urètre antérieur par la méthode de l'aspiration, par W. Bronner. 72) Orchite due à la présence d'un ver de Guinée dans le testicule, per Bouilliez. 73) Hämorrhagische Infarzierung des Hodens, von W. Maschke. 74) Ein Jahr Prostatachirurgie, von Wilms.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte — VI. Vermischtes. — VII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

1. Über intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans.

Von Dr. Willy Cohn,
Assistenzarzt.

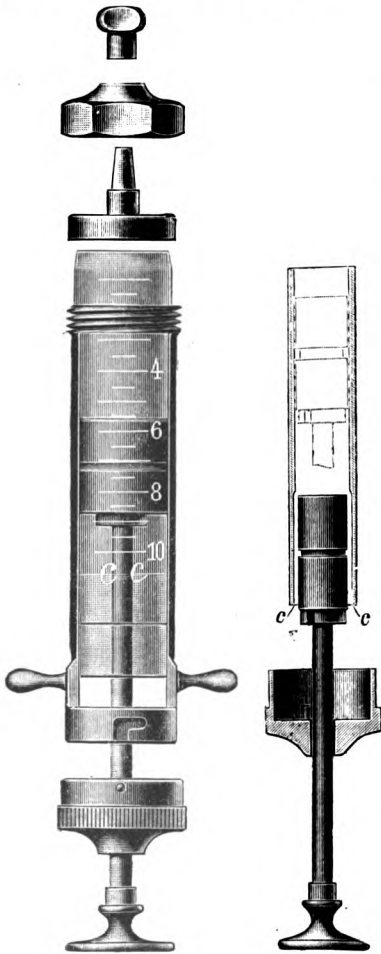
Es unterliegt keinem Zweifel, daß für den Praktiker neben der Dosierung die Art der Anwendung des Salvarsans oder Neosalvarsans eine Rolle spielt. Ist es doch als ziemlich sicher zu betrachten, daß eine Reihe der publizierten unangenehmen Begleiterscheinungen auf die Rechnung einer nicht in jeder Hinsicht einwandfreien Technik zu setzen ist. Es mußte deshalb der „Wasserfehler“ tunlichst eingeschränkt, und eine möglichst große Vereinfachung des Instrumentariums sowie der Injektions-

technik herbeigeführt werden. Daher empfahlen Ravaut und fast gleichzeitig Duhot, nachdem schon Fehde Salvarsan konzentriert injiziert hatte, statt der bisher üblichen Infusionen (Neosalvarsan in 80—100 ccm Wasser aufgelöst) Injektionen konzentrierter Neosalvarsanlösungen in die Vene mittels einer 10 ccm Rekordspritze. Ravaut verfährt in folgender Weise: Aus dem zur Lösung des Neosalvarsans benutzten Gefäß wird das Medikament durch einen Ansatz in die Spritze aufgezogen. Der Ansatz besteht aus einem Röhrchen, welches in seinem Innern einen Tampon steriler Gaze enthält, so daß die Flüssigkeit also noch einmal filtriert wird. Duhot löst im Gegensatz hierzu das Präparat in einer von ihm modifizierten Rekordspritze auf. Durch exzentrische Verlegung der Austrittsstelle der Injektionskanüle glaubt er das Eindringen von Glassplittern oder sonstigen Fremdkörpern in die Blutbahn verhindern zu können. Den günstigen Berichten dieser Autoren mit der Injektionsmethode schließen sich Stern und Strauss an. Ungünstiges berichtete Zimmern; allerdings über Injektionen von konzentrierter Altsalvarsanlösung, worauf wir noch zurückkommen.

Auch wir haben seit einiger Zeit die Infusion mit der Injektion vertauscht, und wenn wir bisher auch erst über 100 Injektionen berichten können, so haben wir doch schon die Überzeugung gewonnen, daß der neuen Methode aus verschiedenen Gründen der Vorzug zu geben ist. Die Vereinfachung des Instrumentariums ist zunächst sehr beträchtlich. An die Stelle der Bürette und des langen Gummischlauchs tritt die einfache Rekordspritze. Hierbei möchten wir es nicht unterlassen, auf Grund unserer Erfahrungen die zuverlässige „Astraspritze“ Modell „Rote Marke“ von W. Elges, Berlin auf das wärmste zu empfehlen. Diese Modifikation der Rekordspritze zeichnet sich dadurch aus, daß sie sowohl in ihren einzelnen Teilen, als auch in gebrauchsfähigem Zustande ohne Gefahr des Zerspringens ausgekocht werden kann. Es ist nämlich bei ihr dem Umstande Rechnung getragen, daß Metall und Glas beim Erhitzen sich nicht gleichmäßig ausdehnt und daher am Ende des Glaszylinders bei c eine Erweiterung gemacht, welche dem Kolben genügend Spielraum läßt, um die Spritze in gebrauchsfertigem Zustande sterilisieren zu können. Abgesehen davon ferner, daß alle Teile abschraubbar sind, aufgelötete Teile also vollständig fehlen, ist sie auch in jeder Hinsicht bequem zu handhaben. Eine Modifikation der Spritze nach Duhot erschien uns überflüssig, da Fremdkörper, wie kleine Glassplitter, zu Boden sinken oder sich sofort durch eine Verstopfung der Kanüle bemerkbar machen würden.

Die eigentliche Technik der Injektion ist so einfach, daß sie der praktische Arzt ohne Assistenz mit nur geringem Zeitverlust in seiner Sprechstunde ausführen kann. Wir nahmen die Injektion im Gegensatz zur Infusion bei dem Patienten in sitzender Stellung vor. Die Ellen-

bogenbeuge des 45—60° herabhängenden Arms, in welchen die Injektion gemacht werden soll, wird mit Benzin oder Alkohol gut desinfiziert, und der Oberarm durch einen Gummischlauch mit einer bequemen Schlinge, die sich der Arzt nachher selbst abnehmen kann, umschnürt. Auf die sorgfältig ausgekochte Spritze wird eine kleine Metallkappe gesetzt, die ein Ausfließen der Lösung vermeiden soll, und in den Zylinder 7—8 ccm



frisch destilliertes, vor der Injektion noch einmal aufgekochtes Wasserhineingegossen. Jetzt öffnet man das Neosalvarsanröhrchen und schüttet das Pulver in dünnem Strahl in die Spritze. Um ein Verklumpen des Neosalvarsans zu verhüten, muß man während des Hineinschüttens des Medikaments die Spritze mehrfach umschütteln. Hierauf wird der Kolben bis vor die rote Marke der Spritze vorgeschoben, was trotz der komprimierten Luft leicht gelingt. Die Spritze wird dann umgekehrt, die Metallkappe abgenommen, sobald sich das Neosalvarsan gänzlich gelöst hat und durch eine feine, aber ziemlich lange Nickelkanüle, welche eine bessere Dirigierfähigkeit der Spritze ermöglicht, ersetzt. Die Spritze ist jetzt, nachdem noch die überschüssigen Luftblasen hinausgeschoben worden sind, gebrauchsfähig. Die linke Hand des Arztes umfaßt darauf, nachdem die Venen der Ellenbogenbeuge sichtbar geworden sind, was sich durch Klopfen des Arms noch beschleunigen läßt, den herabhängenden Unterarm des Patienten und fixiert sich durch einen leichten Druck des Daumens unterhalb der Injektionsstelle eine Vene, um ein

Ausweichen derselben beim Einstechen zu verhindern. Die herabhängende Stellung des Arms wurde deshalb gewählt, weil wir zur Ansicht gelangt waren, daß wir so besser das Anstechen der hinteren Venenwand vermeiden konnten, als bei der horizontalen Lagerung. Parallel zum Verlauf der Vene sticht man nun ein und schiebt die Kanüle an der hautwärts gelegenen Gefäßwand langsam etwas vor. Durch leises Anziehen des Kolbens überzeugt man sich, ob die Nadel richtig in der Vene liegt, löst, sobald

Blut in die Spritze eindringt, mit der linken Hand die stauende Schlinge, und injiziert dann in 10—15 Sekunden die Lösung.

Die Injektionsmethode hat auch den Vorteil, daß man dünnere Kanülen benutzen kann als bei der Infusion und dann leichter in kleine Venen hineinkommt, wovon wir uns bei Frauen mit starker Adipositas öfters überzeugen konnten.

Die Injektionszeit wurde nie über 15 Sekunden ausgedehnt, im Gegensatz zu Zimmern, der mindestens 2—3 Minuten lang injizierte. Dieser Autor beobachtete übrigens bei 10 Fällen brennende Schmerzen bei der Injektion im Verlauf der Venen, und es läßt sich wohl denken, daß diese Schmerzen, welche er mit einer Schädigung der Venenwände durch die konzentrierte Lösung in Zusammenhang bringt, sich eher durch die langsame Injektion und den damit verbundenen längeren Reiz auf die Gefäßwandungen erklären läßt.

Von den bisher injizierten 70 Patienten verteilen sich die Fälle folgendermaßen auf die einzelnen Stadien der Lues: 3 Patienten mit Primäraffekt, 27 im Sekundärstadium, 7 mit tubero-serpiginösen Syphiliden und 13 mit Lues latens, die augenblicklich keine Erscheinungen, sondern nur einen positiven Wassermann zeigten.

Die Erfolge bei der Behandlung florider Lueserscheinungen treten bei der Injektionsmethode nicht hinter denen mit der Infusion zurück. Namentlich konnte dort wie hier die prompte günstige Beeinflussung der Schleimhautlues beobachtet werden. — Viel seltener als Zimmern sahen wir Fieber auftreten. Während dieser unter 50 Fällen von latenter Lues allein 18 mal Temperatursteigerungen auftreten sah, beobachteten wir Fieber nur in 4 Fällen. Zweimal handelte es sich um Primäraffekt, bei welchem wohl der reichliche Spirochätenzerfall durch Neosalvarsan die Reaktion, welche 39° nie überschritt, herbeigeführt haben mag, einmal um eine typische Herxheimersche Reaktion bei einem Patienten mit papulösem Exanthem. Der letzte Fall betraf einen Patienten mit Lues latens. Eine Erklärung für die Temperaturerhöhung bei diesem letzten glauben wir mit Bestimmtheit nicht geben zu können. Den Wasserfehler, der übrigens schon durch die vorherige sorgfältige Sterilisation des Wassers und die verwandte geringe Menge ausgeschlossen ist, können wir nicht ansuldigen, da zwei andere Patienten, die gleichzeitig am selben Tage injiziert wurden, das Präparat ohne jede Reaktion vertrugen. Daß dem Wasserfehler übrigens nicht allzu großes Gewicht beizulegen ist, geht auch aus einer jüngst erschienenen Arbeit von Obermiller hervor. Letzterer berichtet über interessante Versuche von Mulzer mit frischem destilliertem Wasser, und mit solchem, bei dem sich infolge langen Aufbewahrens und mangelhaften Verschlusses massenhaft Bakterien verschiedenster Art gefunden hatten und die sich in Färbung mit Karbol-

fuchsin als vorwiegend kurze und lange, meist gekrümmte Stäbchen, ferner Stäbchen mit Geißeln, Kokken, Schimmelsporen und Hefepilze erwiesen. Dieses durch Luft- und Wassermikroben verunreinigte Wasser wurde nach Zusatz von 0,9 NaCl 2 Stunden lang in strömendem Wasserdampf sterilisiert und dann zur Salvarsaninfusion benutzt. Die Reaktionen verliefen dann genau so, wie bei ganz frisch sterilisiertem und destilliertem Wasser.

Von sonstigen Nebenerscheinungen sahen wir nur 2 mal Erbrechen auftreten (Zimmern 27 mal unter 50 latent Luetischen).

Die große Schmerzhaftigkeit der Infiltrate bei nur geringem Vorbeifließen der Lösung konnten auch wir bestätigen. Die wenigen (2) Infiltrate, die wir beobachteten, waren stets weich und gingen stets auf Umschläge zurück. Die Injektionsstelle blieb aber, obwohl ein Filtrat weder fühl- noch sichtbar war, noch wochenlang druckempfindlich. Harte Knotenbildungen an der Injektionsstelle (Zimmern) haben wir nicht beobachtet. Bei einiger Technik läßt sich eine Infiltratbildung überhaupt so gut wie ganz vermeiden.

Zusammenfassend können wir die Injektion von Neosalvarsan anstatt der bisher üblichen Infusion aus folgenden Gründen empfehlen:

1. vereinfacht sich das Instrumentarium erheblich;
2. kann die Injektion ohne Assistenz in der Sprechstunde mit ganz geringem Zeitverlust gemacht werden;
3. ist sie besonders bei Frauen mit schlechten Venen geeignet;
4. sind die Erfolge ebenso gut wie bei der Infusion.

Literatur.

R. Duhot, Eine neue Spritze zur Injektion konzentrierter, unter Luftabschluß hergestellter Neosalvarsanlösung. Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20. — Derselbe, Technique simplifiée d'injection de néosalvarsan en solution concentrée préparée à l'abri de l'air dans la seringue même. Revue Belge de Urol. et de Derm. 1913. Nr. 1. — Derselbe, Technique simplifiée pour les injections de néosalvarsan en solution concentrée. Ebenda. 1912. Nr. 9. — Fehde, zitiert bei Ehrlich, Abhandlungen über Salvarsan und Neosalvarsan. III. Schlußbemerkungen. München, Lehmann, 1913. — Obermiller, Zur Kritik der Nebenwirkung des Salvarsans bzw. Neosalvarsans mit besonderer Berücksichtigung des „Wasserfehlers“. Straßburg 1913. — Ravaut, Nouveau procédé d'injection intraveineuse du néosalvarsan. Communication faite à la société de dermatologie et de syphiligraphie du 6. Février 1913. — Derselbe, Étude sur un nouveau procédé d'injection en solutions concentrées. Technique et réactions. Extrait annal de dermatolog. et de syphiligr. 1913. — Stern, Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 13. — Strauss, Konzentrierte, intravenöse Salvarsaninjektionen. Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 14 u. 18. — Zimmern, Infusion oder Injektion des Salvarsans. Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.

[Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Garnisonspitals Nr. 11 in Prag (Chefarzt: Regimentsarzt Dr. Jaroslav Odstrčil).]

2. Über die Verwendung des Noviforms in der Dermatologie und bei venerischen Erkrankungen.

Von Oberarzt Dr. Wenzel Milota,
Sekundararzt.

Ein Pulverantiseptikum auf seine Verwendbarkeit zu prüfen ist schon deshalb eine undankbare Aufgabe, weil in solchen Fällen, wie überall in der Medizin, ebenfalls nur die Individualisierung zum Ziele führt. Bei manchen infizierten, stark nässenden Wunden wird auch ein einfach austrocknendes Mittel Besserung herbeiführen, nicht so bei jauchigen, eiternden Geschwüren, wo nebst Sekretabsaugung auch auf die reinigende und desodorisierende, sowie die granulationsanregende Eigenschaft Wert gelegt werden muß.

Gerade durch die Erfüllung der letzteren Bedingungen erwies sich das Jodoform in der chirurgischen und dermatologischen Praxis beinahe als unersetzbar und ist auch seine antiseptische Kraft, wie es die verschiedenen Experimente bewiesen, gering, so würde dies in praxi weniger in Betracht kommen, wenn nicht der unangenehme Geruch, die Reizwirkung auf die Wunde und die Umgebung, sowie hie und da auftretenden Intoxikationserscheinungen die Anwendung auf das Mindestmaß beschränken müßten. Die erwähnten Übelstände zeigten sich z. B. besonders bei gespaltenen Bubonen, wo früher die Abszeßhöhle mit Jodoform ausgefüllt wurde und dadurch alle Nachteile der Jodoformbehandlung aufwies.

Wir benötigen daher ein solches ungiftiges Antiseptikum, das an Wirksamkeit dem Jodoform gleichzustellen ist und sich durch die Vorzüge der Geruch- und Reizlosigkeit, sowie Ungefährlichkeit auszeichnet. Selbst größere Mengen in Wundhöhlen eingestreut, oder auf breite ausgedehnte granulierende Wundflächen — wir denken hier an die großen Geschwürflächen bei Ulcera cruris — dürften weder die geringste nachteilige Nebenwirkung, noch lokale Reizung hervorrufen.

Als ein solches Mittel haben wir unlängst das Novojodin, ein in Berührung mit den Gewebsäften Jod und Formaldehyd abgebendes Antiseptikum empfohlen und berichten nur deshalb über unsere Erfahrungen mit Noviform, weil uns dieses Mittel in seiner glücklichen Zusammensetzung die Paarung antiseptischer und austrocknender Eigenschaften versprochen hat. Es muß zugegeben werden, daß bei der fraglichen antiseptischen Kraft der Pulverantiseptika, die sich gewöhnlich auf Reagenzglas- oder Nährbodenversuche stützen, eine zweite, im hohen Grade aus-

trocknende und jedes Sekret resorbierende, infolgedessen zersetzungswidrige Eigenschaft nur von Nutzen sein kann und das Mittel auch in der Behandlung von stark eiternden Wunden verwerten läßt.

Die in der neuesten Zeit wieder empfohlene Silikat-, Bolus-, Gips-, Zucker- und Kohlenbehandlung der Geschwüre, führt als wichtigstes Moment die rasche Heilung an, die hier nur durch das austrocknende und aufsaugende Prinzip bewirkt wird.

Wenn also bei Noviform durch den Wismutgehalt die Sekretion der Wunden bald nachläßt und sich schnell wieder normales Epithel bildet, so soll der zweite Bestandteil, das Antiseptikum Brenzkatechin, nicht nur die gründliche Reinigung der nekrotischen Belege der Wunden bewirken, sondern auch die Granulationsbildung beschleunigen und die Heilungsdauer abkürzen. Diese Eigenschaften sollen das Noviform von den üblichen Antiseptizis unterscheiden, die entweder nur milde, zusammenziehend und austrocknend, oder stark antiseptisch und irritierend, manchmal dadurch sogar gewesbchädigend wirken. Bei Noviform wird die Reiz- und Ätzwirkung der Brenzkatechine durch die Wismuthbindung aufgehoben, anderseits die austrocknende und sekretionsvermindernde Eigenschaft des Wismuts durch einen antiseptisch wirkenden Körper unterstützt. Gewöhnlich haben diese feinen trockenen Pulver den Nachteil der Krustenbildung und dadurch entstandene Eiterretention. In Wirklichkeit haben wir bei Noviform niemals Borken- oder Krustenbildung beobachtet und führen dies ebenfalls als Vorzug bei der Beurteilung eines Trockenantiseptikums an.

Seine vollständige Reizlosigkeit glauben wir dadurch am besten beweisen zu können, daß es sich gegen artifizielle Ekzeme, z. B. Jodoform-ekzem, als ein rasch wirkendes, vorzügliches Mittel erwiesen hat. Bei großen, stark vernachlässigten Unterschenkelgeschwüren mit übelriechender Absonderung hat das Noviform den unangenehmen Geruch sehr rasch zum Schwinden gebracht und nie haben noch so große Mengen des Pulvers lokale oder allgemeine Schädigungen hervorgerufen.

Die bisher erschienenen zahlreichen Publikationen über Noviform entheben uns der Pflicht, auf einzelne Fälle ausführlicher einzugehen. Wir benützen das Präparat in Pulverform namentlich bei venerischen undluetischen Geschwüren, wo es uns besonders gute Dienste leistete, wenn es sich um stark nässende, jeder Behandlung trotzende atonische Substanzverluste handelte, bei welchen das Jodoformpulver die Umgebung der Wunde ziemlich irritierte und bei denen noch jede Salbenbehandlung wegen starken Nässens kontraindiziert war. Wie mit Novoiodin, so haben wir auch mit Noviform bei vereiterten operierten Bubonen beste Resultate erzielt; ja man kann sogar dem Noviform den Vorteil nicht absprechen, daß man gleich nach Eröffnung des Abszesses, Ausfüllung der Höhle mit

Noviformemulsion und Tamponieren mit Noviformgaze, auf die Wunde einen nassen Verband mit essigsaurer Tonerde auflegen kann, um das Verschwinden der entzündlichen Erscheinungen möglichst bald herbeizuführen, was bei Behandlung mit Novojodin nicht durchgeführt werden kann, da das letztere unter nassem Umschlag leicht Reizwirkungen ausübt. Bei Ulcera cruris wirkt das Noviform durch Abnahme der Sekretion und durch gesunde Granulationsentwicklung auffallend gut; die Schmerzhaftigkeit läßt nach, die Geschwüre verkleinern sich und das übelriechende Sekret wird in geradezu idealer Weise desodorisiert. In einem Fall sahen wir bei Verbrennungen zweiten Grades von der Noviformsalbe einen sehr günstigen Einfluß auf das Nachlassen der Schmerzhaftigkeit, Einschränkung der Sekretion und ziemlich schnelle Vernarbung der Wundflächen eintreten.

Gegen Bakterienflora bei chronischer Gonorrhoe haben sich die Bacilli noviformi urethrales — welche niemals eine bedeutende und einige Tage dauernde Reizung der Harnröhre hervorgerufen hatten — nicht wirksam erwiesen, wogegen uns die Novojodinstäbchen, die zwar manchmal zu mäßigen Reizerscheinungen führten, in mehreren Fällen gute Dienste erwiesen haben.

Der Vorzug des Noviforms liegt daher darin, daß es schlecht aussehende, mit Eiter belegte Wunden rasch und gründlich reinigt, die Sekretion wirksam zum Nachlassen bringt und die Heilungsdauer durch Reinhalten der Wunde abkürzt. Es nimmt zwischen den die Granulation reizenden und zwischen den milden, wenig antiseptischen Pulvern die Mittelstellung ein, und man kann ihm nicht absprechen, daß es in die ersten Reihen einer ganzen Legion von Wundantiseptizis gestellt werden kann.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Über ein neues Dauerhefepreparat „Biozyme“**, von A. Stephan. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 5.)

Biozyme besteht aus hellbraunen, millimeterlangen, fadenförmigen Stengelchen. Sie hat einen kräftigen Hefegeruch und angenehmen Geschmack. Das Präparat ist luftdicht in Flaschen verpackt. Schourp-Danzig.

- 2) **Die Anwendbarkeit der Mastixlösung in der Dermatotherapie**, von F. Hammer. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Die Mastixlösung ist sehr geeignet, neugebildetes Randepithel vor frischem Zerfall zu schützen. Daher ist es anzuwenden bei Ulcera cruris, Ulcera molliä, Bubonen, bei Rhagaden der Mundwinkel, Schrunden der Hände und bei Fissura ani. Überraschend günstig ist die Wirkung von 10%igem Pyrogallolmastix bei der Behandlung des Lupus. Hierbei werden die lupösen

Partien ausgiebig mit dem Mittel bestrichen und dann eine einfache Lage von Gaze angeklebt. Die Lupusherde ulzerieren nur mäßig und werden zu rascher Schrumpfung gebracht.

Schourp-Danzig.

- 3) **Erfahrungen mit Noviform**, von R. Patek. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Empfehlung des Noviform als geruch- und reizloses, austrocknendes und sekretionshemmendes sowie vorzüglich desodorierendes Ersatzmittel des Jodoforms.

Schourp-Danzig.

- 4) **Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien**, von Orłowski. (Würzburg, Kabitzsch, 1913.)

Die dritte Auflage hat eine Erweiterung dadurch erfahren, daß Lautsch die Behandlung mit Kohlensäureschnee und die Behandlung kosmetischer Leiden mit Quecksilberdampflicht hinzugefügt hat.

J.

- 5) **Veränderungen der Hautreaktion bei Injektion von Serum und kolloidalen Substanzen**, von Luithlen. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Es ist bekannt, daß bei gewissen Hauterkrankungen die Zuführung art-eigenen oder artfremden Serums sehr gute Heilwirkung erzielt. In welcher Weise diese Injektionen wirken, will Verf. zu erklären suchen. Es wurde die Reaktionsfähigkeit der Haut geprüft bei Katzen, die mit artfremdem, artgleichem, mit Schwangerschafts- und normalem Serum behandelt waren; bei denen Bluttransfusionen, Injektionen von Wittepepton und Gelatine von kolloidaler Kieselsäure und löslichen Salzen gemacht waren. Bei all diesen Versuchen trat eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit ein, sowohl bei den eiweißartigen, wie nicht eiweißartigen kolloidalen Substanzen. Da die parenterale Injektion von Kolloiden die Reaktion der Haut gegen äußere Reize herabsetzt, ist es wahrscheinlich, daß der Erfolg der Eiweißinjektionen auf der kolloidalen Natur dieser Substanzen beruht. Mit der antitoxischen und biologischen Natur der Sera hat der Vorgang augenscheinlich nichts zu tun. Es liegt daher die Möglichkeit vor, eine Substanz zu finden, die denselben Erfolg hat, wie die Seruminjektion, dabei nicht die Umständlichkeit der Beschaffung, sowie die Möglichkeit der Sterilisierung bietet. Die Versuche des Verf.'s weisen auch auf die therapeutische Verwendung dieser Stoffe hin: Exsudationen und Transsudationen sind zu beeinflussen, Gewebsneubildungen und Infiltrate nicht. Nach diesen Gesichtspunkten angewandt, werden auch die von Bruck vorgeschlagenen Kochsalzauswaschungen voraussichtlich immer gute Resultate geben.

Klokov-Berlin.

- 6) **A much neglected branch of dermatology**, von W. W. Quinton. (Buffalo med. Journ. 1913. Mai.)

Verf. bedauert, daß viele Ärzte in der Besorgnis der Würde ihres Berufs damit etwas zu vergeben, die Behandlung kosmetischer, aber nicht gefährlicher Hautleiden ablehnen oder doch mit einer Geringschätzung handhaben, die den Hilfesuchenden den Kurpfuschern in die Hände treibt. Dennoch ist jedes dieser kleinen Leiden nur auf ernsthafter gesundheitlicher Basis entstanden und mit wahrhaft medizinischen Anordnungen zu heilen. Es folgt eine Anleitung über Diät, Einteilung von Ruhe und Bewegung, Waschungen, Bädern, Massage, kleinen chirurgischen Eingriffen, Elektrolyse sowie den Gebrauch von Salben, Seifen, milden Antiseptica bei den verschiedensten ins Gebiet der Kosmetik gehörenden Dermatosen und besonders eingehende Besprechung der Haarpflege.

J.

- 7) **Histologische Untersuchung der normalen und pathologischen Gewebe**

unter dem Einfluß der Radiumstrahlen, von K. Dohi und G. Maki. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. April.)

Bei Karzinomen des Penis, der Mamma sowie bei Epitheliom der Augenlider und des harten Gaumens zeigte sich ebenso wie bei Sarkomen eine spezifische histologische Veränderung nach Einwirkung ultrapenetrierender Strahlen. Bei frischen oder kleinen Tumoren verschwinden die Karzinomzellen rasch, etwas langsamer bei alten, großen und tieferen Tumoren. An Stelle der krankhaften Wucherung entwickelt sich junges Bindegewebe. Zuerst erfolgt Vakuolenbildung in den Kernen der Krebsnesterzellen, dann deren Zerfall, Detritus, Verschwinden der karyokinetischen Kernteilungsfiguren. Währenddessen entwickelt sich um die verschwindenden Nester junges Bindegewebe mit reichlichen Kernen, regelmäßigen Fasern, Chromatinkörner, Plasma- und Mastzellen und die Gefäßwände verdicken sich bis zur Obliteration der Lumen. Das Radium ist um so wirksamer, je jünger und oberflächlicher die malignen Tumoren sind, aber auch bei schwierigeren Fällen erzielt es Verkleinerung. Zur Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen sowie zur Besserung und Schmerzlinderung inoperabler Fälle ist das Radium von bedeutendem Werte.

J.

- 8) *The influence of milk fat on the skin*, by D. W. Montgomery and G. D. Culver. (Journ. of Cutan. dis. 1912. Juni.)

Verf. ist der Meinung, daß die leicht verdauliche, fettreiche Milch den Zellen einen geringen Widerstand gegen Infektionen verleiht. Kohlehydrate verdauen sich gewöhnlich schwerer. Die Haut verbraucht mehr Fett als andere Organe, scheidet es ebenso reichlich aus und beherbergt es besonders in den hornigen Teilen. Die Menge und Beschaffenheit des ausgeschiedenen Fettes ist maßgebend für die Gesundheit der Haut. Seborrhöen rühren häufig von einem Überfluß an Fett im Organismus her.

J.

- 9) *Sur les formations mitochondriales dans les cellules néoplastiques des épithéliomes de la peau et des muqueuses dermo-papillaires*, par M. Favre et Cl. Regaud. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 688.)

Die Verff. setzten ihre Untersuchungen über die Mitochondrien in Neubildungen der Haut und ihre Beziehungen zu den Herxheimerschen Fasern fort (vgl. d. Centr. XV. S. 202). Die granulären und stäbchenförmigen Gebilde dieser Art, die in der peripheren Zellenlage von Epitheliomen, und hier namentlich in dem Basalteil der Zelle unterhalb des Kerns, vorkommen, sind als die jüngsten Formen des Chondrioms aufzufassen. Die Herxheimerschen Fasern der normalen menschlichen Epidermis sind gleichfalls als Differenzierungen der Mitochondrien aufzufassen, denn ganz ähnliche, spiralig verlaufende Gebilde kommen gleichzeitig neben granulären, filamentösen und Übergangsformen zwischen diesen und jenen in den spino-zellulären Epitheliomen vor. Immerhin unterscheiden sie sich wieder untereinander durch gewisse chemische Eigentümlichkeiten, wie daraus hervorgeht, daß sie zu ihrer guten Darstellung verschieden lange Zeiträume für die Beizung mit doppeltchromsaurem Kalium (Tage bis Monate) nötig haben.

B. Solger-Kissingen.

- 10) *Über Schutzmaterial gegen Röntgenstrahlen*, von G. Fujinami. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. April.)

Als Schutzmaterial gegen Röntgenstrahlen hat sich das Blei besonders bewährt. Bleiglas und Bleigummi sind die gebräuchlichsten Formen seiner Anwendung. Verf. ließ in Tokio ein Gummiblei herstellen, welches fremde Präparate an Resorptionskraft und Biegsamkeit übertrifft und naturgemäß

billiger ist als ausländische Artikel. Außerdem gelang ihm die Konstruktion eines Bleiglaszylinders.

J.

- 11) **A new method of applying carbon dioxide snow**, by W. K. Sibley. (Urol. and cutan. Review. 1913. Nr. 1.)

Kohlensäure in Äther oder Alkohol gelöst und mit einer Kamelhaarbürste aufgetragen, erzeugte starke Kälte und zeitigte als stimulierendes und ätzendes Mittel gute Wirkungen bei Lupus, Ulcus rodens, Keratosen und Naevi der Haut. Verf. glaubt diese Methode auch zur Behandlung der Schleimhäute geeignet.

J.

- 12) **Sull' uso della neve carbonica in alcune malattie della pelle**, per B. Cullisto. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 2.)

Bei flachen Angiomen wurden Sitzungen von 10—20 Sekunden Dauer gebraucht, bei Keloiden, Warzen, Epitheliomen längere Sitzungen, die aber zunächst eine Minute nicht überstiegen, während die Sitzungen später verlängert werden konnten. Bei Warzen wurde 30—40 Sekunden angedrückt. Bei größeren Warzen mußten die Sitzungen 2—3 mal wiederholt werden. Zuweilen war vorausgehendes Auskratzen nötig. Von drei Keloiden wurden zwei geheilt, das dritte nicht zu Ende beobachtet. Auch bei vier Hautepitheliomen war der Erfolg ein guter. Eines derselben mußte allerdings 4 mal bis zu 60 Sekunden mit starkem Druck behandelt werden. Besserungen wurden bei 2 Fällen von Lupus erythematodes und 2 Fällen von Lupus vulgaris erzielt. In einem dritten wenig ausgedehnten Lupusfall erfolgte Heilung. Bei Lymphangiom (ein Fall) und Lichen ruber verrucosus (ein Fall) Besserung. Histologische Untersuchungen an Meerschweinchen- und Menschenhaut nach Kohlensäureschneebehandlung ergaben Degeneration in der Epidermis, Hyperämie, Ödem, entzündliche Infiltration in der Cutis und subepidermale Blasenbildung.

Dreyer-Cöln.

- 13) **Über Amyloiddegeneration der Haut**, von Kreibich. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Verf. berichtet über das Vorkommen von Amyloid als Alterserscheinung in seniler Haut in Form von Schollen, die unregelmäßig manche Papille erfüllen, in großer Zahl aber im Bereich des subpapillären Gefäßnetzes anzutreffen seien. Als Ursache vermutet Verf. die lipoiddegenerative Degeneration der Gefäßendothelien.

J. Schumacher-Berlin.

Entzündliche Dermatosen.

- 14) **Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis**, von Th. Hoffa. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Azodolen hat vor dem einfachen Pellidol keine Vorzüge. Die Pellidol-salbenbehandlung stellt einen wesentlichen Fortschritt in der externen Therapie der Ekzeme des Säuglings dar. Schädliche Nebenerscheinungen kamen nicht zur Beobachtung.

Schourp-Danzig.

- 15) **Zur Behandlung des Ekzems junger Kinder**, von B. Bendix. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 5.)

Pellidolsalbe bewirkt ein rasches Zurückgehen von Reizerscheinungen und eine schnelle Ablösung der Borken beim Ekzem. Nässende Ekzeme trocknen ein, bei schuppigen hört die Schuppung auf. Bei allen Formen läßt der quälende Juckreiz nach.

Schourp-Danzig.

- 16) **Die Behandlung des Unterschenkelekzems mit Cadogel**, von A. Róth. (Pester med.-chirurg. Presse. 1913. Nr. 24.)

Verf. hat 14 Fälle von Beingeschwüren mit einem neuen Teerpräparat „Cadogel“ behandelt und hierbei gefunden, daß der Juckreiz in sehr kurzer Zeit schwindet und die Erscheinungen rascher — durchschnittlich 10—12 Tage früher — verschwinden, als bei Anwendung anderer Teerpräparate. Die Behandlung wurde mit 33%igem Cadogel begonnen und meist, wenn nicht starke Reizung auftrat, was kaum der Fall war, mit dem reinen Präparat, allmählich steigend, beendet.

Klokov-Berlin.

- 17) **Der klinische Wert des Cadogel, eines neuen kolloidalen Teerpräparates**, von J. Géber. (Pester med.-chirurg. Presse. 1913. Nr. 24.)

Das Cadogel ist ein durch fraktionierte Destillation des Oleum Cadini im Vakuum hergestelltes kolloidales Präparat, hellbraungelblich mit schwachem Teergeruch, gut löslich in Alkohol absolut., Äther, Benzin. Je nach der Indikation als Salbe mit Vaseline und Lanolin, mit Spirit. saponat. kalin., als reines Cadogel oder in Verbindung mit Chrysorobin angewandt, war es bei der Behandlung von chronischen Ekzemen, akuten Dermatiden, bei Herpes zoster, Frostbeulen, Brandwunden, Pruritus, Prurigo, Seborrhoea capitis, Psoriasis u. a. von sehr guter Wirkung, besonders hervorgehoben wird die auffällige Linderung des Juckreizes.

Klokov-Berlin.

- 18) **Die Hautkrankheiten der Diabetiker**, von Bettmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Hautkrankheiten, die ein ausschließliches Attribut des Diabetes sind, existieren kaum. Wohl aber kann bei verschiedenen Erkrankungen der Haut die Tatsache, daß sie diabetische Patienten befallen, für die Entstehung und den Ablauf der Dermatoze von Bedeutung sein.

Schourp-Danzig.

- 19) **Über die angebliche Veränderung adrenalinhaltiger Substanzen im Serum von Psoriasiskranken**, von Fischel und Parma. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Nach den Untersuchungen der Verf. entbehren die Schlüsse Sommers (vgl. Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 2) der tatsächlichen Grundlagen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 20) **Radiodermite sclérosante grave de la face traitée par la bio-kinétique**, par L. Jacquet et Debat. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Juni.)

Unter Vorlage einer Serie photographischer Aufnahmen berichten die Verf. über eine Frau, die sie wegen einer veralteten, schweren Radio-dermitis konsultierte als Folge von Bestrahlungen, die wegen einer leichten Hypertrichosis des Gesichts ausgeführt worden waren. Das Gesicht ist durch eine tiefe, von einem Ohr zum anderen reichende Depression in zwei geteilt. Unterhalb dieser Depression ist die Haut atrophisch, glänzend, von unregelmäßigen, perlmutterweißen Plaques, die in solche von dunkelbrauner Farbe hineingreifen, getigert. Die Gewebe sind sehr empfindlich, untereinander verlötet und fest mit dem Unterkiefer verbacken: allein der Mund ist beweglich geblieben. Man versuchte während mehrerer Jahre im Ausland eine Reihe von Medikationen: ungezählte Salben, Skarifikationen, Injektionen von Fibrolysin, exfolierende Applikationen und endlich eine Massage mit komplizierten und milden Manövern: „Resultat null“. In zweimonatlicher Anwendung der biokinetischen Methode, welche in diesem besonderen Fall die Bradyphagie, das Bürsten des Gesichts, plastische Massage und Gesichtsgymnastik umfaßte, haben die Verf. ein befriedigendes Resultat erhalten: die Hyperästhesie der Gewebe hat aufgehört; die vitiligoïden Stellen kontrastieren weniger heftig, sei es als Achromie, sei es als Hyperchromie und besonders die tiefe Sklerose

ist verschwunden und die Gewebe sind weich geworden. Dieses Ergebnis ist übrigens noch einer beträchtlichen Vervollkommnung fähig, wie die Verf. versichern. Die biokinetische Methode wird als eine sehr leistungsfähige bezeichnet, die eine bisher für unheilbar geltende Dermatoase ganz beträchtlich zu bessern vermag.

H. Netter-Pforzheim.

- 21) **Un cas de kératose arsénicale précoce**, par Burnier. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Nr. 6.)

Der Kranke zeigte nach 20 Injektionen Hektine (0,2), die alle 2 Tage gemacht wurden, an Händen und Füßen große, rundliche, erst erythematöse, dann hornige Plaques; auf der Fußsohle konfluieren dieselben und bildeten schließlich eine richtige Hornsohle. Mit dem Aussetzen der Arsenbehandlung ging alles zurück. Es handelt sich hier um den sehr seltenen Fall von Intoleranz gegenüber dem Hektin; der Kranke, der auch sonst gegenüber anderen Medikamenten sehr empfindlich ist, hatte als weitere Zeichen von Arsenintoxikation flüchtiges Ohrensausen.

H. Netter-Pforzheim.

- 22) **The possible inter-relationship of infectious eczematoid dermatitis, dermatitis repens and acrodermatitis perstans**, by R. L. Sutton. (Journ. of Missouri St. med. Assoc. 1913. Februar.)

An der Hand eigener Beobachtungen und anderer Berichte weist Verf. nach, daß die infektiöse ekzematöse Dermatitis ein eigenes Krankheitsbild darstellt, welches wahrscheinlich durch Staphylokokken hervorgerufen, nichts mit dem gewöhnlichen pustulösen Ekzem zu tun habe. Von der Dermatitis repens unterscheidet sich diese Affektion durch die Lokalisierung der Entzündung und die Veränderungen in der Hautstruktur. Während dort die über dem Stratum lucidum liegende Hornschicht ergriffen ist, sitzt die Infektion hier tiefer und der heftigste Anfall betrifft die Stachelzellenschicht. So erklärt es sich, daß die infektiöse ekzematoide Dermatitis durch mildere, antiparasitäre Mittel in etwa 14 Tagen zu heilen ist, während die Dermatitis repens oft energischen Kuren monatelang widersteht. Gleich günstig erwies sich für beide Affektionen die Vakzinetherapie.

J.

- 23) **Impetigo und Nephritis**, von T. Ijiri. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. April.)

Bei Impetigo contagiosa, sowohl mit Staphylokokken wie in einem anderen Falle mit Streptokokken im Blaseninhalt, und bei einer nach Skabies entstandenen Impetigo Bockhardt fanden sich im Urin Eiweiß und Zylinder. Mit der Heilung der Blasen und Pusteln bei gleichzeitiger diuretischer Medikation verschwand auch die akute Nephritis. Tierimpfungen mit Staphylokokkenkulturen aus dem Blaseninhalt verliefen negativ. Verf. sieht die Ursache der Nephritis in der Resorption von Bakterientoxinen.

J.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 24) **Multiple pigmented warts in Pregnancy**, by E. Ward. (British Journ. of Dermatology. 1913. Mai.)

Während der letzten Schwangerschaftsmonate zeigten sich bei der Patientin pigmentierte Warzen auf Rumpf, Hals und Schenkeln und bestanden zum Teil noch nach der Entbindung fort. Der geringen Verminderung folgte ein neuer Schub der gleichen Effloreszenzen beim Eintritt einer späteren Schwangerschaft. Medikamentöse Verordnungen gaben nur wenig Hoffnung auf Beseitigung des Übels, Bestrahlungen wurden nicht versucht.

J.

- 25) **Behandlung von Krebskranken mit Vakzination**, von K. Lewin. (Therapie der Gegenwart. 1913. Heft 6.)

Durch die neuesten Behandlungsmethoden des inoperablen Krebses mit radioaktiven Substanzen wie Mesothorium (Krönig, Gauss, Döderlein) und die chemotherapeutischen Versuche der Behandlung (Wassermann, Neuberg, Caspari) ist nach Ansicht des Verf.'s die Immuntherapie, wie sie von v. Leyden und Blumenthal erstrebt und versucht wurde, etwas in den Hintergrund getreten. Seine weiteren Versuche auf diesem Gebiete mahnen jedoch zur Weiterarbeit. Während die Begründer der Immuntherapie bei ihren Versuchen Emulsionen von Krebs anderer Tiere injizierten und bemerkenswerte Besserungen erzielten und Delbet zerriebene Tumormassen von den Tumorkranken selbst in Serum injizierte, ging Blumenthal wegen Gefahr der Entstehung eines neuen Tumors dazu über, die Geschwülste vorher zu antolysieren und nach 3—4 Tagen zu injizieren. Auch Fischora ließ das Antolysat wochenlang im Brutschranke stehn und injizierte davon 2—3 ccm 2—4 mal wöchentlich. Die Versuche der beiden letzteren Autoren hat Verf. in ausgedehntem Maße aufgenommen und deutliche Heilwirkung bei der Behandlung großer Rattensarkome beobachtet; die am besten war, wenn es sich um ein Antolysat desselben Tumors handelte. Er kommt nach seinen Versuchen zu der Mahnung, die Behandlung in den Fällen, in denen jede andere Therapie fruchtlos wäre, einzuführen und hält sie geeignet zur Beseitigung von Metastasen nach vorheriger Zerstörung der erreichbaren Geschwülste mit Mesothorium. Zum Beweise führt er zwei Krankengeschichten an von Karzinomkranken mit Metastasen bzw. Rezidiven, bei denen er durch obige Behandlung einen gewissen Erfolg (aber keine Heilung Verf.) erzielt hat.

Franz Fischer-Düsseldorf.

- 26) **Epithelioma and rodent ulcer occurring in the same patient**, by H. Davis. (British Journ. of Dermatology. 1913. Mai.)

Verf. berichtet das seltene Vorkommnis, daß bei einem Patienten gleichzeitig ein charakteristisches Ulcus rodens an der rechten Fußsohle und ein kleines, aber unzweifelhaftes Epitheliom am Schenkel der gleichen Seite bestand. Beide Geschwülste wurden chirurgisch entfernt.

J.

- 27) **Riesenzellentumoren nach subkutanen Einspritzungen eines Arsen-eisenpräparates**, von Oppenheim. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. Heft 2.)

Bei einem jungen Mädchen, das Eisenarseninjektionen nicht mehr eruerbarer Art in die beiden Oberarme erhielt, entwickelten sich zwei Jahre später kleine Verhärtungen, die immer mehr an Ausdehnung zunahmen und bei Temperaturwechsel stark schmerzten. Die histologische Untersuchung zeigte, daß ein entzündliches Granulationsgewebe vorlag, das ungemein reichlich Riesen- und Plasmazellen enthielt. Verf. glaubt die Annahme nicht von der Hand weisen zu können, daß durch die Injektionen aus den Zellen, besonders aber aus den Epithelzellen der Schweißdrüsen durch Konfluenz benachbarter Zellgrenzen Fremdkörperriesenzellen sich ausgebildet haben und verweist auf die Experimente Hechts, der bei Kaninchen nach intratrachealen Injektionen von Silbernitrat und Kupfersulfatlösungen eine kruppöse Bronchitis und einen hypertrophischen Katarrh erzeugte, der schließlich zur reaktiven Wucherung der an die Bronchien stoßenden Alveolarepithelien in Form von Friedländerschen Epithelwucherungen und von echten Riesenzellen führte.

Schumacher-Berlin.

- 28) **Untersuchungen über das Virus des Molluscum contagiosum**, von A. Leber. (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. Nr. 4.)

Verf. konnte im Molluscuminhalt neben den Elementarkörperchen Lipschütz noch kleine kokkenähnliche Körper nachweisen, die verschiedene Größen erreichen und ungleichmäßig Farbstoff annehmen. In Kulturen vermehren sich diese Körperchen und nehmen an Dimension zu. Impfversuche mit Filtratkulturen mißlingen, doch dürfte dies eventuell mit dem Entwicklungsstadium zusammenhängen. Es scheint übrigens für die Infektion mit Molluscum contagiosum eine individuelle Disposition unerlässlich zu sein. Kutanreaktion mit Molluscumextrakt — im Sinne der von Pirquetschen — verlief negativ bei Molluscumkranken (erworbene Immunität?), dagegen häufig positiv bei gesunden Individuen. Pürckhauer-Dresden.

- 29) **Zur Ätiologie des Molluscum contagiosum**, von Kreibisch. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1913. Heft 4.)

Der Inhalt von Mollusca contagiosa der Genitalien wurde in Wasser oder Kochsalzlösung unter Deckglas gebracht und zeigte neben Kokken und Bazillen eine Art Spirochaete refringens, die sich dann mit Levadittischer Methode zwar auch im zentralen Teil, aber nicht in anderem zerriebenen Molluscummaterial nachweisen ließen. Ob diese Spirochäten auch in Mollusca anderer Körperstellen vorkommen, konnte leider nicht festgestellt werden. Verf. nimmt aber an, daß diese Spirochäten sekundär in die zentrale Pore eingedrungen seien, während als Krankheitserreger eher die kleinsten Körperchen anzusehen seien, die Neisser im durchfallenden Licht, Pick im Dunkelfeld gesehen haben, und die wahrscheinlich identisch sind mit den von Lipschütz durch Geißelfärbung festgestellten als Strongyloplasma hominis bezeichneten Organismen. J.

- 30) **Contributo allo studio del pseudo-milium colloide**, per Lombardo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Bei einem 19 Jahre alten Manne erschienen vor 2 oder 3 Jahren an den Augenlidern und in den Schläfen bläschenartige, symmetrische, punkt- bis stecknadelkopfgroße, gelblich durchscheinende bis rosige, rundliche, zum Teil in der Mitte eingezogene, weich elastische, von normaler Haut umgebene Knötchen, aus denen sich eine leimartige Masse ausdrücken ließ. Später traten diese Knötchen auch an Nasenrücken, Oberlippe, Wangen, Nasenflügeln und am Kinn auf. Histologisch findet sich in Papillen und oberer Cutis ein angeschwollenes, homogenisiertes und in seinen Färbungen der kolloiden Substanz gleichendes, von elastischen Fasern freies Bindegewebe. Darüber ist die Epidermis verdünnt und parakeratotisch. Dem erwähnten kolloiden Gewebe ähnlich gefärbte Schollen finden sich im Epithel, die nach Annahme des Verf.'s aus der Cutis dorthin verschoben sind. Ursächlich scheinen bei der Entstehung dieser Pseudomilien außer familiären Ursachen Lichtwirkungen eine Rolle zu spielen. Dreyer-Cöln.

- 31) **Naevus linearis verrucosus**, von R. Polland. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Juni.)

Der Naevus linearis unius lateris zeigte histologisch eine papillomartige Hyperplasie der Epidermis, der Knäueldrüsen und zum Teil auch der Lymphgefäße bei abnormer Verhornung im Sinne einer Hyperkeratose, hingegen einen fast völligen Mangel an Haaren und Talgdrüsen. Immerwahr-Berlin.

- 32) **Spontane Rückbildung eines Naevus verrucosus unius lateris**, von Bettmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Juni.)

Der Naevus an der linken Körperseite eines am 1. Oktober 1912 geborenen, sonst gesunden Knaben bildete sich innerhalb von 4 Wochen spontan zurück. Ob es sich um eine Dauerheilung handelt, läßt sich nicht sagen.

Immerwahr-Berlin.

- 33) **Cutis verticis gyrata**, per Pasini. (Giorn. ital. delle malattie ven. e della pelle. 1913. fasc. 1.)

Bei einer 65 Jahre alten, sehr heruntergekommenen, aber sonst gesunden Frau, deren Haar sehr fein und kraus ist, finden sich auf dem Scheitel über den Parietal-, Temporal- und Okzipitalknochen zahlreiche Anschwellungen der Haut mit konvexer Oberfläche und rundlicher Form von 2—3 cm Durchmesser, die durch gerade Furchen voneinander getrennt sind. Histologisch ist eine erhebliche Vermehrung des kollagenen Gewebes, im Bereiche der Erhebungen, in den Papillen und in der oberen Cutis nachweisbar. Daneben finden sich Gefäßneubildungen und leichte entzündliche Infiltration. Die Follikel und Haare waren in den Furchen einander genähert und im Bereiche der Vorsprünge weiter voneinander entfernt als in der Norm. Die Talgdrüsen waren in den Furchen etwas verkleinert. Sowohl das Auftreten der Erkrankung bei einer Frau wie der anatomische Befund unterscheiden diesen Fall von früheren. Es handelt sich nicht um eine Naevusform, sondern um eine wirkliche Erkrankung. Während andere Autoren (Pini) den eigentlichen Erkrankungsprozeß in den Furchen suchen, findet Pasini denselben in den Erhabenheiten und erklärt damit auch besser die gelegentlich mit Röntgenbestrahlungen erreichten Erfolge.

Dreyer-Cöln.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 34) **Zur Kenntnis der kongenitalen Cutisdefekte**, von R. Weintraub. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 14.)

Bei den vier Beobachtungen stimmten als Merkmale überein: die Lokalisation der Defekte in oder nahe der Medianebene der Kopfhaut, die gegen die umliegende normale Haut vertiefte Stellung, das verdünnte atrophische Aussehen, der Mangel der Haare und der den Hautdrüsen entsprechenden Öffnungen, ferner der anamnestische Befund, nach welchem die Patienten entweder mit blutenden Wunden zur Welt kamen, oder die Defekte unverändert seit der Geburt bestanden. Die histologische Untersuchung des einen der Fälle ergab völligen Mangel der Papillen und der Anlagen von Haaren, Talg- und Schweißdrüsen. Auch die Lokalisation in oder nahe der Symmetralebene des Körpers spricht nach Ansicht des Verf.'s dafür, daß es sich bei diesen Defekten um Entwicklungsstörungen im Bereiche der Vereinigungsstellen der beiden Blätter der Somatopleura handelt. Schourp-Danzig.

- 35) **Demonstration eines Falles von Striae cutis distensae und eines Falles von Perifolliculitis multiplex fibrosa atrophicans einer bisher noch nicht beschriebenen Dermatoze**, von K. Ullmann. (Wiener klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 19.)

Verf. stellt I. einen 20jährigen jungen Mann von ebenmäßiger Konstitution vor, der infolge forciert athletischer Übungen in den letzten beiden Jahren etwa 12 kg abgenommen hat und deutliche Striae an Oberschenkeln, Becken und Schulterhaut zeigt, eine nicht gar seltene Erscheinung. Er bespricht die Histologie einer frisch exstirpierten Stria: Zerreißen des Bindegewebes, der elastischen Fasern, Streckung des Papillarkörpers und der Ge-

fäße mit auffälliger adventitieller und perivasaler Zellanhäufung, während die Endothelien intakt sind. Dann geht Verf. noch auf die verschiedene Lokalisation der Striae bei Rekonvaleszenten ein. II. Ein Fall einer bisher unbeschriebenen Dermatoze, den er mit Rücksicht auf den klinischen wie histologischen Befund: Perifolliculitis fibrosa atrophicans multiplex benennt und als Syndrom mit dem Lupus erythematoses auffaßt. Ein 30jähriger Mann mit Lupus erythematoses an der Stirnhaargrenze bekommt im Laufe der Zeit 50—60 flache, runde erhabene Plaques, symmetrisch verteilt über dem Körper. Der Name ist so prägnant gewählt, daß sich eine weitere Beschreibung erübrigt.

Klokow-Berlin.

Neuritische Dermatosen.

- 36) **Beitrag zur Kenntnis der Alopecia neurotica**, von H. Rock. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 24.)

Aus der Literatur stellt Verf. 23 Fälle von Alopecia neurotica nach traumatischen Affektionen des Zerebrums und der peripheren Nerven zusammen. Ätiologisch spielen fast typisch Sturz und dabei Erschütterung des Gehirns mit sich daran anschließenden nervösen Störungen, wie Kephalea und Neuralgien eine Hauptrolle, während Verletzungen von offenbar trophischen Hautnerven (operativ, Verletzung beim Haarschneiden, Blitz) viel seltener pathogenetisch erwähnt werden. In einer zweiten Gruppe stellt Verf. dann Fälle von Alopecia neurotica nach inneren Erkrankungen des Nervensystems zusammen. Eine dritte Gruppe bilden die Fälle von Alopecia neurotica nach Gemütsregungen. Den früher bekannt gewordenen Fällen fügt er einen neuen eigener Beobachtung hinzu. Es handelt sich um einen Fall universeller Alopecia neurotica infolge Choks bei einem 41jährigen Straßenbahnführer.

Schourp-Danzig.

- 37) **Praktische Bemerkungen zur Diagnose der pellagrösen Hautveränderungen**, von G. Probizier. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 23.)

Verf. weist auf die Arbeit von Fiocco hin, der zuerst den histologischen Befund der pellagrösen Hauterscheinungen benutzte, um die Diagnose der verschiedenen Erythemformen vom mikroskopischen Standpunkte aus zu stellen.

Schourp-Danzig.

- 38) **Pemphigus congénital, et familial à kystes épidermiques**, par Balzer und Mlle. Landesmann. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Juni.)

Vorstellung eines 5jährigen Kindes, dessen Bruder und eine Schwester die gleichen Veränderungen geboten haben. An den, Reibungen usw. ausgesetzten Körperstellen (Knie, Ellenbogen, Gefäß, Knöchelgegend, vorspringende Gesichtspartien) finden sich Plaques epidermaler Atrophie mit zahlreichen Zysten. Die dystrophischen Hautpartien sind der Sitz von schubweise entstehenden Blasen mit serösem Inhalt — keine Eosinophilie. Netter-Pforzheim.

Parasitäre Dermatosen.

- 39) **A case of Norwegian or crusted scabies**, by W. Beatty. (British Journ. of Dermatology. 1913. Februar.)

Bei dem sonst gesunden Patienten bestanden seit Jahren graue Schuppen auf Kopf, Stirn und Armen. Eine Rötung des ganzen Rumpfes bedeckte sich allmählich mit den gleichen grauen trockenen Massen, während starkes Jucken den Patienten belästigte. Die mikroskopische Untersuchung ergab

zahlreiche Acari in den Schuppen, die Eosinophilen überaus reichlich. An den empfindlichen Nagelbetten wurden die Schuppen mit Jodtinktur entfernt. Dann erfolgte eine völlige Heilung des Exanthems unter Schwefelgebrauch in Form von Seifen, Bädern und Salben. J.

- 40) **Un cas de myase rampante**, par Dantin, Balzer et Mlle. Landesmann. (Bull. Soc. fr. de Dermatology. 1913. April.)

Die Verf. bringen die Beobachtung eines jungen, 20jährigen bretonischen Bauernmädchens, das den Sommer über das Vieh zu besorgen hatte. Kühe und Ochsen stammten aus den Ländern des Nordens und aus Schottland. Gegen Ende Februar Klagen über Schmerzen in der Halsgegend; dieselben waren von beträchtlichem Ödem begleitet, das den Verschuß des Auges herbeiführte. Acht Tage nach Beginn der Affektion bemerkte die Kranke den Austritt einer Fliegenlarve in der Schläfengegend. Eine zweite wurde ausgetrieben in der rechten oberen Zervikalregion, nach einer Wanderung von der linken Schulter bis zum Hals. Eine dritte Larve kam in der Gegend der rechten crista ilei zum Vorschein. Starke Eosinophilie. Die von Brumpt identifizierten Larven waren solche von *Hypoderma bovis*. Fälle derart sind in Frankreich selten, sie sind häufiger in den Ländern des Nordens, woher auch die Tiere stammten, welche von der Kranken besorgt wurden. Die Inokulation geschieht gewöhnlich durch Eindringen der Eier und Freiwerden der Larven im Magen. Die Larven perforieren dann den Darm und gelangen allmählich unter die Haut, meist in der oberen Körperregion.

Netter-Pforzheim.

- 41) **A proposito della cosi detta botriomicose umana**, per Simonelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Bei einer 30jährigen Frau entwickelt sich im Mundwinkel an der linken Oberlippe ein erbsengroßer, dunkelroter, leicht blutender Tumor, der aus einem jungen, sehr gefäßreichen, von elastischen Fasern freien Bindegewebe besteht und einer oberen stark entzündeten Schicht, die zu einer Leukozytenansammlung an der Oberfläche geführt hat. Bakteriologisch fanden sich Staphylokokken. Übertragungsversuche auf Kaninchen mißglückten.

Dreyer-Cöln.

- 42) **Le malattie cutanee nelle scuole di Pavia**, per Ciuffo e Ossola. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

In den Elementarschulen von Pavia wurden in 80 Klassen, die durchschnittlich 40 Schüler zählten, 33 mal Trichophytie, 2 mal Favus, 2 mal Scabies, 4 mal Lupus vulgaris und 4 mal Scrophuloderma festgestellt. Warzen traten zuweilen in kleinen Epidemien auf. Die Enquête beschränkte sich nicht auf Feststellungen sondern sorgte auch für Prophylaxe und Therapie, die fast in allen Fällen erfolgreich war.

Dreyer-Cöln.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 43) **Mycetoma in America**, by R. L. Sutton. (Journ. of Americ. medic. Assoc. 1913. Mai.)

Das Mycetoma oder der Madurafuß kommt in Amerika erst seit kurzer Zeit zur Beobachtung. Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen in exzidierten Haut die typischen körnigen Drusen und der *Streptothrix madurae* gefunden wurden. Der eine Patient ging häufig barfuß über Wiesen, die zweite Patientin trug zwar Fußbekleidung, hatte aber oft im Flusse gebadet, wo Viehherden tranken. Beide lebten in Kansas, also in subtropischer Gegend. Während

sich der erste Fall unter Jodkali, Kupfersulphat usw. besserte, mußte im zweiten zur Amputation geschritten werden. J.

- 44) **Sopra un caso di micetoma della guaneaia**, per Carini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 2.)

Bei einem 44 Jahre alten Manne traten vor 5 Monaten nach vorausgegangenen Zahnschmerzen und skorbutischen Erscheinungen am Zahnfleisch auf der linken Wange spitze, erbsengroße, im Zentrum erweichte Knötchen auf, in deren Mitte sich weißlich-gelbliche Körner von $\frac{1}{2}$ mm Durchmesser befanden. Daneben sind noch stecknadelkopfgroße, gelbliche, Eiter enthaltende Knötchen vorhanden. In den Körnern finden sich sehr dünne Fäden, die sich dichotomisch teilen. Ihre Kultur gelingt nicht. Äußere und innere Jodbehandlung führten in 3 Monaten zur völligen Heilung. Dreyer-Cöln.

- 45) **The occasional clinical resemblance of blastomycosis and syphilis to sporotrichosis**, by R. L. Sutton. (Journ. of Americ. medic. Assoc. 1913. Januar.)

Die drei beschriebenen Fälle sollen beweisen, daß die Blastomykosis gelegentlich eine Syphilis vortäuschen kann und dann nur durch den mikroskopischen Befund festzustellen ist, andererseits aber auch eine Syphilis das Bild der Sporotrichosis zeigen kann. Wassermannreaktion und der Erfolg der antisiphilitischen Therapie sind dann ausschlaggebend. Die erste Kategorie von Erkrankungen heilte unter Jodkali und Applikationen von Kupfersulfat und Jod. J.

- 46) **A case of sporotrichosis simulating blastomycosis**, by H. G. Adamson. (British Journ. of Dermatology. 1913. Februar.)

Das erste Ulcus entwickelte sich am Bein, weitere auf Rumpf und Händen. Während die andern mit Hinterlassung narbenähnlicher Striche heilten, vergrößerten sich die Geschwüre an den Händen. Der graurote Rand der runden, aus dicht sitzenden papilliformen Erhebungen gebildeten Flecke, winzige Abszesse im Rande, das Fehlen von Drüsenschwellungen ließen an Blastomykosis denken. Doch fanden sich im Eiter keine Blastomyzesporen und Kulturaussaat zeigte zuerst Kolonien von Staphylococcus albus, später typisches Sporotrichium Beurmannii. Die Heilung erfolgte unter Jodkali. J.

- 47) **Nachweis der Muchschen Granula im Gewebe der papulo-nekrotischen Tuberkulide**, von J. Nagamatsu. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. April.)

Mittelst der Antiforminmethode wurden im Gewebe papulo-nekrotischer Tuberkulide Muchsche Granula nachgewiesen. J.

- 48) **L'importanza della patogenesi per la terapia del lupus**, per Engel. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.) 1913. Fasc. 1.)

Es gibt Lupusfälle mit sonstigen Zeichen von Skrofulose und ohne solche. Letztere zeigen fast immer nur einen Herd. Bestimmte Altersklassen sind nicht bevorzugt. Der Verlauf ist ein langsamer, und der Herd kann, wenn Reizungen ausbleiben, ganz stationär bleiben. Häufiger sind die Fälle der ersten Gruppe, bei denen die Herde in der Kontinuität aus einer Lymphadenitis, einer Gelenkknochen- und Schleimbeutel-tuberkulose oder der Narbe einer solchen Tuberkulose hervorgehen. Oder es entsteht bei ihnen der Lupus auf dem Lymphwege ausgehend von einem entfernten tuberkulösen Herd der Lymphdrüsen, Knochen, der Tonsille, wie Verf. in einem Falle beobachten konnte. Endlich können nach Masern, Scharlach, Diphtherie und anderen Krankheiten durch Verschleppung auf dem Blutwege Tuberkelbazillen in die

Haut geschwemmt werden und mehrfache Lupusherde erzeugen. In gleicher Weise entsteht der Nasenlupus. Bei den Lupusformen aus äußerer Ursache kann man jegliche Therapie verwenden. Nur muß man auch bei ihnen Kaustika und Verfahren, die das Terrain für eine weitere Ausbreitung des Virus präparieren können, vermeiden. Bei den übrigen Formen soll der Tiefenherd beseitigt, jegliche Reizung aber erst recht vermieden werden. Röntgenstrahlen halten die Ausdehnung der Hautherde in Schranken.

Dreyer-Cöln.

- 49) **Über die viszerale Lepra**, von Sugai. (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. H. 4.)

Die Samenkanälchen von Hoden und Nebenhoden sind häufig der Sitz von Leprabazillen, seltener Samenleiter und Samenblasen. Bei reichlicherem Auftreten der Parasiten im Hoden kommt es zur Azoospermie. Die Bazillen können durch die Plazenta von Mutter auf Föt überwandern. Auch im Ovarium, Leber, Niere, Speichel- und Schilddrüse werden Leprabazillen angetroffen.

Pürckhauer-Dresden.

- 50) **Communication concernant la lèpre en Serbie**, par E. Meulengracht. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1913. Fasc. 1.)

Während des Krieges beobachtete Verf. in Serbien, wo bisher nur ganz vereinzelt Lepra vorkam, einen Leprafall und konstatierte später, daß noch zwei Angehörige des Patienten erkrankt waren. Der ausführlich geschilderte Krankheitsverlauf zeigt das Bild der Lepra mixta.

J.

- 51) **Réflexions à propos de deux cas de lèpre observés à Tunis**, par G. Eichmüller. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1913. Fasc. 1.)

In Tunis ist das Schicksal Lepröser, sobald ihre Lepra von der Familie oder ihren Arbeitgebern erkannt wird, ungemein tragisch, da kein Asyl besteht. Die Verheimlichung der Krankheit ist also naturgemäß häufig und Verf. beschreibt einen Fall, wo die Lepra eines Sohnes lange unerkannt blieb und dessen Mutter sich bereits infiziert hatte. Ein dringendes Bedürfnis besteht jedenfalls für Einführung der Anzeigepflicht, Verbot der Einwanderung von Leprösen, genaue statistische Beobachtung der Fälle, vor allem aber für eine ausreichende Hospitalisierung solcher Lepröser, die eine Isolierung aus eigenen Mitteln nicht bewerkstelligen können.

J.

- 52) **Experimental leprosy: a perspective**, per J. Ashburton-Thompson. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1913. Fasc. 1.)

Verf. gibt eine ausführliche Übersicht der kulturellen Lepraforschungen von Kedrowski, Deycke, Clegg, Couret. Der Nachweis des sogenannten Streptothrix leproïdes eröffnet neue Perspektiven. Der Befund Courets, daß der Lepraerreger häufiger und stärker bei kaltblütigen als bei warmblütigen Tieren haftet, erklärt vielleicht Hutchinsons Fischtheorie. Die Kontagiosität der Lepra wird nach des Verf.'s Meinung häufig überschätzt.

J.

- 53) **Un caso di erytheme induratum (Bazin)**, per D. Favera. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Der Fall hatte orbikuläre Form, zeigte Rückgang der Erscheinungen im Zentrum und Fortschreiten nach der Peripherie. Histologisch wurde eine deutlich tuberkulöse Struktur gefunden, aber keine Tuberkelbazillen in den Schnitten. Dagegen wurde wie auch von Truffi in einem Falle der gleichen Erkrankung durch Übertragung von Stückchen auf Meerschweinchen Tuberkulose erzeugt.

Dreyer-Cöln.

- 54) **Di un caso di micosi fungoide**, per Verrotti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Bei einem 52 Jahre alten Manne trat vor zwei Jahren unter heftigem Jucken am rechten Malleolus internus eine furunkelartige Infiltration auf. Dann breitete sich das Jucken auf Hände und Rumpf aus. Zurzeit bestehen im Gesicht und an den Gliedern zweimarkstück- bis handflächengroße, in der Mitte mehr bräunliche, außen mehr grauweiße, exkorierte und mit Krusten bedeckte Flecke. An den Nates, den Oberschenkeln, am Präputium und den oberen Extremitäten sind außerdem verschieden große, rundliche oder nierenförmige, graue granulierende Massen mit feuchter Oberfläche vorhanden, die einen geröteten Rand haben. Röntgentherapie (3—18 H) führen neben Arsenbehandlung zur Heilung der behandelten Stellen. Die histologische Untersuchung zeigte im Beginn des Prozesses Gefäßdilatation, Bildung neuer Kapillaren und seröse Exsudation in Papillen und oberer Cutis, in der mittleren Cutis Infiltration mit ovalen und länglichen Zellen, Lymphozyten und Plasmazellen. In den oberen und mittleren Cutisschichten fehlt das elastische Fasernetz fast ganz. In der Epidermis findet sich Akanthose, namentlich in den Zapfen, sowie Infiltration mit Bildung von kleineren Abszessen (Dariersche Nester). In den Tumoren überwiegt die Zellinfiltration. Nur in den Papillen sind Gefäßerweiterung und Ödem noch vorherrschend. Das Infiltrat besteht aus Lymphozyten, polynukleären Leukozyten und sternförmigen Bindegewebszellen mit mehr oder weniger gefärbten Kernen, ferner aus namentlich in der Peripherie gelegenen Plasmazellen (in der Nähe der Gefäße, der Follikel und in den Papillen) und seltenen Riesenzellen. Auch stark gefärbte Reste von zerfallenen Leukozyten, abgetrennten Epithelien und in ihrer Nachbarschaft Myelozyten mit großem, zentralen, basophilen Kern und gleichgefärbtem Protoplasma finden sich vor. Die Bindegewebsfasern sind im Infiltrat entweder nicht vorhanden oder hyalin degeneriert. Die gleiche Degeneration zeigen häufig die Wände der mittleren Venen. Die Elastica zerfällt an den Arterien der tieferen Schichten, und ihre Reste finden sich vielfach im Lumen. Das Epithel ist verdünnt, teils vakulär degeneriert, teils direkt nekrotisch. Die Zapfen sind verkürzt, verdünnt und fragmentär zerfallen. Ein 15 Tage lang mit Röntgenstrahlen behandelter Tumor zeigt normale Papillen und normales Rete, Verdickung der Hornschicht und des Stratum granulosum, viel Pigment in der Basalschicht sowie in den Papillen und in der Subpapillarschicht neben den Kapillaren. Fibroblasten finden sich noch um die Follikel und Infiltrationen in den Gefäßwänden der oberen und mittleren Cutis. Sonst sind wieder normale Verhältnisse in Bindegewebe und Epidermis vorhanden. Die bakteriologischen Untersuchungen verliefen resultatlos. Es handelt sich histologisch um ein Granulom mit vorwiegend lymphoidem Charakter, dessen Ähnlichkeit mit dem Lupus vegetans betont wird und bei dem deshalb auch eine toxisch infektiöse Ursache anzunehmen ist. Das Virus gelangt nicht von außen, sondern durch die Gefäße in den Körper, wie klinische und anatomische Merkmale dartun. Das anatomische Bild unterscheidet sich von anderen wuchernden Granulomen nicht derart, daß eine histologische Diagnose möglich wäre.

Dreyer-Köln.

Gonorrhoe.

- 55) **Klinische Erfahrungen mit Adamon bei den Reizzuständen der akuten Gonorrhoe**, von Treitel. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

Verf. gab zwei Tabletten zwischen 5 und 6 Uhr abends, zwei weitere $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Schlafengehen mit gutem Erfolg. Lengefeld-Brandenburg a/H.

56) **Zur Xeresebehandlung des weiblichen Fluors**, von Abraham. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 23.)

Verf. appliziert mit gutem Erfolg zweimal wöchentlich 5—8 g Xeraspulver in die Vagina, das er nach 8—24 Stunden mit Kamillenspülung entfernen läßt.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

57) **Die Behandlung des Ausflusses der Frau**, von Katz. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Verf. sah an der Klinik von Pinkus gute Erfolge von der Trockenbehandlung mit Lenicet-Bolus mit Peroxyd 5 % bzw. Argentum $\frac{1}{2}$ %.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

58) **Über einen haltbaren Gramfarbstoff für Gonokokken-, Pilz- und Spirochätenfärbung**, von Klausner. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 7.)

Verf. empfiehlt das unter dem Namen „Haltbarer Gramfarbstoff“ von der Firma Dr. Grübler & Co. in den Handel gebrachte Anilinwasser-Gentianaviolett als dauerhaften und mannigfach anwendbaren Laboratoriumsfarbstoff.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Syphilis.

59) **Neosalvarsan**, von Dreyfuss. (Münch. med. Wochenschrift. 1913. Nr. 12.)

Verf. hält Salvarsan für stärker wirkend; trotzdem wird Neosalvarsan seinen Platz behaupten. Für besonders wichtig beim Neosalvarsan hält Verf. die Vermeidung des von Emery entdeckten Wasserfehlers. Er empfiehlt dringend nur doppelt destilliertes Wasser zu verwenden, das aus einem völlig aus Jenaer Glas bestehenden Destillationsapparat stammt, ferner den Rüster nach 8—10 Wochen zu wechseln, endlich den Intensionstrichter in destilliertem Wasser zu kochen. Ferner rät er, zur Bereitung der Lösung, nicht wie Touton will, abgekochtes Leitungswasser zu nehmen. Endlich nimmt Verf. ein gläsernes Verbindungsstück zwischen Schlauch und Kanüle, weil, wie er sagt, nur Glas einwandfrei sterilisierbar ist. (Was werden die Chirurgen zu dieser Ansicht sagen? Ref.) Nur durch diese Vorsicht lassen sich alle Reaktionen vermeiden. Betreffs Dosierung empfiehlt Verf. eine kleine Anfangsdosis (0,15, 0,3), dann aber ansteigend bis 0,75 im Abstand von 1—2 Tagen, d. h. falls keine Reaktion auftritt. Durchschnittliche Dosis bei Männern 0,6 bis höchstens 0,9, bei sehr zarten Frauen 0,45—0,75 g. Als Gesamtdosis bezeichnet Verf. $7\frac{1}{2}$ g, welche er keinesfalls überschritten haben will. In einem derartigen Falle sah er leichte Polyneuritis. Exantheme hat er nie gesehen; er bezeichnet sie als Folgen von Technikfehlern. In 76 % aller Fälle stieg die Temperatur nicht über 37,5, in 15 % nicht über 38,0. Was die Wirksamkeit anlangt, zeigte sich Salvarsan dem Neosalvarsan überlegen; das ließ sich an der Wassermannreaktion und dem Liquorbefund nachweisen. Doch war die mildere Wirkung des Neosalvarsans sehr erwünscht in 3 Fällen, die Salvarsan schlecht vertrugen. Demgemäß empfiehlt Verf. das Neosalvarsan, wenn eine milde Wirkung erzielt werden soll, z. B. beiluetischer Meningitis, Gefäßerkrankungen bei nicht spezifischer Nephritis usw. Nochmals hebt Verf. hervor, wie wichtig eine einwandfreie Technik sei. Raff-Augsburg.

60) **Die Anwendungsart des Salvarsans und Neosalvarsans, Infusion oder Injektion**, von Stern. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 13.)

Verf. macht keine Infusionen von Salvarsan bzw. Neosalvarsan mehr,

sondern Injektionen mit der Rekordspritze. Er kocht 5—8 g Leitungswasser 5 Minuten lang, schüttet dieses dann abgekühlt in die sterilisierte Spritze. Dann schüttet man das Neosalvarsan hinein, wo es sich sofort durch Schütteln löst. Man sticht dann ein und erkennt durch den beim Zurückziehen erscheinenden Blutstrahl, daß die Nadel gut liegt. Bei Salvarsan muß man erst in bekannter Weise die alkalische Lösung machen, wodurch die Menge größer wird, aber doch noch in die 10 g Spritze geht. Diese Methode hat Verf. in mehr als 1000 Fällen erprobt. Sie ist wegen ihrer Einfachheit geeignet für den praktischen Arzt, und das ist ihr Hauptvorteil. Nebenbei kann bei der kleinen Flüssigkeitsmenge der Wasserfehler besser vermieden werden. Der praktische Arzt aber ist bei der Luestherapie umso nötiger, als die Hoffnung, Salvarsan kürze die Dauer der Behandlung ab, sich nicht bewahrheitet hat. Nach einer Kur ist der Patient nicht gesund, und wenn eine neue erforderlich ist, empfiehlt Verf. die seinige wegen ihrer leichten Ausführbarkeit für jeden Arzt.

Raff-Augsburg.

- 61) **Studien über den Nachweis der Spirochaeta pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und bei Tabes dorsalis**, von Noguchi. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 14.)

Über die berühmte Entdeckung des Verf.'s wird hier nochmals in deutscher Sprache berichtet. Verf. untersuchte 206 Gehirne von Paralytikern und 12 Rückenmarke von Tabikern; die Spirochäte wurde 48 mal bzw. 1 mal gefunden. In einem frischen Gehirn konnte sie sogar im Dunkelfeld nachgewiesen werden. Die Spirochäte fand sich häufiger in der Rinde als in der weißen Substanz. Die mit der Pallida infizierten Nervenzellen zeigen häufig Degenerationerscheinungen. Was Technik betrifft, so empfiehlt Verf. Längsschnitte und zwar dickere als Levaditi angibt. Von einem in 10%igem Formalin gehärteten Gehirn wird von der Gegend des Gyrus frontalis, des Gyrus rectus oder irgendeiner anderen Region ein 5—7 mm dickes Scheibchen geschnitten und zunächst in einer aus 10% Formalin, 10% Pyridin, 25% Azeton, 25% Alkohol und 30% Aqua dest. bestehenden Lösung bei Zimmertemperatur 5 Tage lang belassen. Darauf folgt gründliches Auswaschen mit destilliertem Wasser, 24 Stunden lang. Nun werden die Stücke in 96%igen Alkohol übertragen, in dem sie 3 Tage verbleiben (sehr wichtig) und dann wieder gründlich 24 Stunden lang ausgewaschen. Hiernach behandelt man die Stücke in dunklen Flaschen in folgender Weise: 1. Bad in 1,5% Silbernitratlösung, entweder 3 Tage bei 37° C. oder 5 Tage bei Zimmertemperatur. 2. Zweistündiges Auswaschen in destilliertem Wasser. 3. Reduktionsbad in 4%iger Pyrogallussäurelösung, der man 5% Formalin zugesetzt hat (24 bis 48 Stunden bei Zimmertemperatur). 4. Gründliches Auswaschen in destilliertem Wasser. 5. Übertragen in 80%igen Alkohol auf 24 Stunden. 6. 95% Alkohol, 3 Tage lang (täglich erneuern). 7. Absoluter Alkohol, 2 Tage lang. 8. Xylol, Xylolparaffin, Paraffin. Fällt die Imprägnierung gut aus, so erscheinen die Gewebefasern schwach gelb, die Pallida tief schwarz. Verf. bezeichnet seine Untersuchungen nicht als ganz genau, weil nicht alle Teile der Hirnrinde genau durchmustert wurden. Er zweifelt nicht, daß bei ganz genauer Untersuchung die Spirochäten in allen Fällen gefunden werden. Im allgemeinen charakterisieren sich die Veränderungen im Gehirn als eine durch die Spirochäten erzeugte parenchymatöse Encephalitis. Daß diese Veränderungen der Therapie so wenig zugänglich sind, mag daran liegen, daß die Spirochäten hier in der Linse sich befinden und gegen die Wirkungen der

Medikamente geschützt sind, während sie bei der gewöhnlichen Gehirn- und Rückenmarksyphilis in der Nähe der Blutgefäße liegen und so besser therapeutisch zu beeinflussen sind.

Raff-Augsburg.

- 62) „**Vasocommotio cerebri**“, ein neuer Symptomenkomplex von Gehirn-erscheinungen schwerster Art nach Salvarsaninfusionen, eine mittelbare Folge des Wasserfehlers, von M. Müller. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Verf. beobachtete an einem Tage bei vier Salvarsaninjektionen, die teils von ihm, teils von seinem Assistenten vorgenommen worden waren, schwere Magen-Darmerkrankungen: der erste Fall hatte 3malige leichte Diarrhoe; der zweite schon $3\frac{1}{2}$ Stunden nach der Injektion 39,6°, 20 dünnflüssige Stühle und 12mal Erbrechen, scharlachähnliches Exanthem, Delirien zur Folge. Der dritte Fall zeigte 14 stark diarrhoische Stuhlgänge. Am schlimmsten verlief der vierte Fall. Es handelte sich um eine 24jährige Puella von 82 kg Gewicht. Sie bekam Schmierkur 4 g und dazwischen zwei Salvarsaninfusionen 0,3 und 0,4 innerhalb 11 Tagen. Nach der letzten trat 4maliges Erbrechen auf, am 4. Tage völlige Bewußtlosigkeit. Dazwischen traten Symptome auf, die alle sehr rasch wieder verschwanden: so eine enorme Fazialislähmung, die nur 20 Minuten bestand, ferner das Cheyne-Stokessche Atmungsphänomen, endlich Pulsverlangsamung bis auf 56. Die Labilität dieser Erscheinungen zerebraler Natur war besonders bemerkenswert. Am 3. Tage kehrte das Bewußtsein wieder, nur die Pulsverlangsamung blieb noch einige Tage. Die Patientin wurde völlig wiederhergestellt. Therapie: subkutane Kochsalzinfusionen, Koffeininjektionen, Magnesia usta als Klyσμα. Diese vier Salvarsaninfusionen hatten nichts miteinander gemeinsam als die Kochsalzlösung. Verf. vermutet also, daß der Wasserfehler die Ursache war, welcher Art aber, kann er nicht sagen. Die Labilität der Krankheitserscheinungen erklärt er sich durch vasomotorische Störungen, die sich natürlich rasch zurückbilden können. Im Hinblick auf seine Beobachtungen glaubt Verf., daß die Gehirn-erscheinungen bei Salvarsaninjektionen die mittelbare Folge von Darmerkrankungen sind und daß eine der Ursachen davon der Wasserfehler ist. Diese gastro-intestinale Autointoxikation führt zur Bildung von toxischen Substanzen, die uns allerdings noch nicht bekannt sind, und diese dann zu vasomotorischen Störungen des Gehirns, die wieder reparabel sind. Ist es aber zu Blutungen und Entzündungsvorgängen gekommen, dann tritt infolge dieser Encephalitis haemorrhagica der Exitus ein. Verf. weist darauf hin, daß schon früher (1902 von Sträussler) Störungen in der Magen-Darmtätigkeit als ätiologisches Moment der Encephalitis haemorrhagica angeführt worden seien. Ob die vom Verf. eingeleitete Therapie die Patientin wieder hergestellt hat oder ob die Sache spontan heilte, läßt Verf. unentschieden. Jedenfalls empfiehlt er große Kochsalzinfusionen. In einer Anmerkung teilt Verf. mit, daß er, als wieder einmal nach einer Infusion Magen-Darmerkrankungen auftraten, das zur Kochsalzlösung verwendete Wasser von den Höchster Farbwerken untersuchen ließ. Es wurden Spuren von Kupfer und Blei gefunden, und zwar auch in allen späteren Wasserproben. Die Verunreinigungen rührten also jedenfalls vom Destillationsapparat her. Verf. hält es — wie ja schon Emery und auch Ehrlich — für klar, daß diese Metalle durch Katalyse das so leicht veränderliche Salvarsan zersetzen. Er empfiehlt, wie auch Emery u. a., einen Destillationsapparat aus Jenaer Glas.

Raff-Augsburg.

- 63) **Die praktische Verwendbarkeit der provozierenden Wirkung des Salvarsans**, von Kall. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Häufig tritt an den Praktiker die Frage heran, ob eine latente Lues mit negativer Wassermann-Reaktion geheilt oder bloß latent ist. Es ist bekannt, daß nach Salvarsaninjektionen die vorher negative Wassermann-Reaktion positiv wurde, und diese Eigenschaft ist von Gennerich zur Beantwortung obiger Frage benutzt worden. An der Klinik von Spiethoff in Jena wird die Wassermann-Reaktion gewöhnlich am 1. und 14. Tage nach der Infusion gemacht. Bei primären Luesfällen sieht man nach Salvarsan oft einen Umschlag, auch bei Lues II und Lues III. In einer Reihe von Fällen ist die Wassermann-Reaktion am Ende der Kur stärker positiv als am Anfang derselben. Bei tertiärer und zerebraler Lues war trotz Provokation kein positiver Ausfall zu erzielen. Am besten wird die Blutuntersuchung am Tage nach der Einspritzung gemacht. Später werden die Resultate unsicherer. Für äußerst notwendig hält Verf., daß auch die Sternsche Reaktion gemacht wird, die noch oft positiv ausfällt, wenn die Wassermannsche Untersuchung ein negatives Resultat ergibt.

Raff-Augsburg.

- 64) **Über das Verhalten des Nervensystems gesunder Kaninchen zu hohen Salvarsandosen**, von Doinikow. (Münchener med. Wochenschr. 1913. Nr. 15.)

Die Arbeit ist durch das Bestreben Ehrlichs veranlaßt, die behauptete Neurotropie des Salvarsans zu untersuchen. Ein Teil der Kaninchen wurde intravenös mit therapeutischen Dosen, aber allmählich steigend, injiziert, bis enorme Dosen erreicht waren, 6,85 Salvarsan und 11 g Neosalvarsan in 4½ Monaten. Es fand sich keine Veränderung am Nervensystem. Dies war dagegen der Fall bei Tieren, welche eine einmalige toxische Dosis bekamen. Hier fanden sich starke Hyperämie aller Gehirngefäße und Blutungen im Kleinhirn, dagegen keine Thrombosen.

Raff-Augsburg.

- 65) **Infusion oder Injektion des Salvarsans**, von Zimmern. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Verf. hat an der Klinik von Herxheimer ebenfalls Einspritzungen von Salvarsan mittels der Rekordspritze von 10 g Inhalt vorgenommen, und zwar bei 78 Fällen mit 147 Einzelinjektionen. Trotz subtilster Technik, trotzdem Wasserfehler und Überalkalisierung ausgeschlossen waren, traten recht unangenehme Nebenerscheinungen auf. Zunächst Fieber in 27 Fällen, darunter 18mal bei latenter Lues, Erbrechen in 39 bzw. 26 Fällen. Das Erbrechen hielt lange, manchmal 3 Tage an, war auch mit mehr oder minder heftigen Diarrhöen verbunden. In mehreren Fällen entstanden subkutane Infiltrate, die äußerst schmerzhaft waren. Die chemische Untersuchung ergab eine langsamere Ausscheidung des As als bei der gewöhnlichen Methode, also wahrscheinlich auch eine intensivere Wirkung. Verf. schließt, daß infolge der unangenehmen Nebenerscheinungen die Methode „nicht ganz einwandfrei“ sei.

Raff-Augsburg.

- 66) **Beitrag zur Chemotherapie der Spirochätosen**, von G. Giemsa. (Münch. med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Nach den von Ehrlich angegebenen Grundsätzen wurde von C. F. Böhringer Söhne das Biomethylaminotetraminoarsenobenzol dargestellt. Es wurde u. a. bei 12 Kaninchen mit Primäraffekten angewendet und erzielte schnelle Beseitigung der Spirochäten. Erst das 12,7fache der Dosis curativa erwies sich bei Lues als toxisch.

Raff-Augsburg.

- 67) **Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsan in der Privatpraxis**, von E. Freund. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 12.)

Der Bericht legt besonderen Wert auf die Dauererfolge, welche im dauernd negativen Ausfall der Wassermann-Reaktion nach vorgenommener Salvarsan-kur ihren Ausdruck finden. Bei subkutanen und intramuskulären Injektionen, allerdings ohne Zuhilfenahme von Quecksilber und Jod, waren zwar die Symptome schnell und günstig beeinflusst, dauernde aber nur in 35% der Fälle erzielt worden. Ein Fall konnte allerdings mit einer einzigen subkutanen Injektion im ersten Stadium kupert werden. Neurorezidive kamen zweimal vor, sind aber fast immer zu vermeiden, wenn der Behandlung eine genaue Untersuchung der Augen, Ohren und des Zentralnervensystems vorangeht. Viel bessere Resultate wurden indessen mit der endovenösen Behandlung erzielt. Hier gelang in 18 Fällen das schwierige Bestreben, bei latenter Syphilis die positive Reaktion in eine dauernd negative zu verwandeln, was mit Hg nicht erreicht worden war. Dauererfolge bei sekundärer Syphilis ergab die Kombination von zwei bis drei Salvarsaninjektionen mit Quecksilberkur. Abortivkuren bei Primäraffekt glückten in 16 von 19 Fällen in Form von zwei bis vier endovenösen Salvarsaninjektionen und dazwischen geschobener Hg-Kur, die anderen 3 Patienten kamen zu spät zur Behandlung. Bei sorgfältiger Technik und Anwendung frisch destillierten Wassers erlebte Verf. bei 190 Injektionen nur einmal einen Kollaps, ein anderes Mal andere schwere Allgemeinerscheinungen. Neosalvarsan wurde stets gut vertragen und seine Heilwirkung stand in 80 Fällen der des alten Mittels nicht nach. Die bedenklichen Nebenwirkungen, die mehrfach berichtet wurden, schreibt Verf. der zu schnell aufeinander folgenden Zuführung größter Dosen zu, auch sei es ratsam, der Neosalvarsankur eine Quecksilberkur vorzuschicken. J.

- 68) **Todesfall durch Salvarsan**, von A. Jordan. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Fall eines 35jährigen Mannes, der nach Injektion von 0,55 Salvarsan in 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung unter den Anzeichen einer Encephalitis acuta starb.

Schourp-Danzig.

- 69) **Melanodermie nach einer Salvarsaninjektion**, von Kr. Grön. (Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben. 1912. April.)

17 $\frac{1}{2}$ jähriger Mensch — Roseola, Schleimpapeln, Polyadenitisinfektion 2 $\frac{1}{2}$ Monate zuvor — Wassermann-Reaktion +. 5 Tage post recept. intravenöse Injektion von 0,4 Salvarsan. Danach die üblichen Erscheinungen: Frost, Temperatur 38,6°, etwas Cephalaea, aber weder Erbrechen noch Diarrhoe. In den folgenden Tagen Rückkehr zur Norm. Eine Woche post inject. kräftiges Erythem mit konfluierenden Herden, nahezu über die Körperoberfläche verbreitet, aber besonders stark am Unterleib, Vorderfläche der Arme und Oberschenkel und an einem Teil des Rückens. Das Exanthem war von allgemeinem Unwohlsein begleitet, von Hautprickeln und Hyperthermie; letztere ging bis auf 40,4° und hielt sich 11 Wochen hindurch; während dieser Zeit generalisierte sich das Erythem. Die Desquamation begann zeitig und vollzog sich in großen Fetzen; multiple Geschwülbildungen und kleine Abszesse begleiteten sie. Nach sieben weiteren Wochen war das Erythem geheilt, aber eine grauschwarze Pigmentation hatte sich unterdes über einen großen Teil der Körperoberfläche ausgebreitet, die 3 Monate unverändert anhielt. Die von dieser Dermatitis gesetzten trophischen Störungen zeigten sich auch darin, daß Finger- und Zehennägel sich abzuheben begannen und in der Hyperkeratose der Nagel-

matrix unter dem in Ablösung begriffenen Teil des Nagels. $2\frac{1}{2}$ Monate brauchte es bis zur Rückkehr normaler Temperatur und erst von da an begann das Körpergewicht anzusteigen. Während schon zahlreiche Beispiele von Späterythem nach Salvarsaninjektionen vorliegen, konnte Verf. keinen weiteren Fall von Melanodermie auffinden. Diese Hautkomplikation steht ohne Zweifel in Beziehung zur Intensität des Erythems, und es erscheint Verf. wenig wahrscheinlich, daß das Arsen die Ursache der Erscheinung ist, denn die Arsenmelanodermien treten erst spät und nach wiederholter Anwendung kleiner Gaben auf.

H. Netter-Pforzheim.

- 70) **Über Salvarsan und Neosalvarsan**, von P. Ehrlich. (Abhandlungen über Salvarsan. III. München, Lehmann, 1913.)

Dieser Überblick über den jetzigen Stand der Salvarsantherapie dürfte wiederum das größte Interesse erregen. Daß dem Salvarsan keine toxische Eigenschaft und keine provokatorische Rolle für die Entstehung der Neurorezidive zuzuschreiben ist, wird jetzt wohl allgemein anerkannt. Bezüglich der Todesfälle weist Verf. darauf hin, daß man bei Graviden mit der Dosierung vorsichtig sein muß, der Urinsekretion in quantitativer Hinsicht erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken und darauf zu fahnden habe, ob der betreffende Patient nicht kürzere oder längere Zeit vorher ein Schädeltrauma erlitten habe. Besonders eingehend wird aber das Neosalvarsan besprochen, dessen Wirkung dem des Altsalvarsans nicht nachzustehen scheint. Zum Schluß empfiehlt er die kombinierte Quecksilbersalvarsanbehandlung, für deren großen Wert die Erfolge bei der Abortivbehandlung und die zahlreichen unter Salvarsanbehandlung erfolgten Reinfektionen sprechen.

J.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 71) **Traitement des urétrites chroniques de l'urètre antérieur par la methode de l'aspiration**, par W. Bronner. (Revue clinique d'Urologie. 1913. Januar.)

Verf. glaubt mit der Aspirationsmethode Fälle von chronischer Urethritis der vorderen Harnröhre rascher als mit den üblichen Methoden geheilt zu haben, ja in einigen Fällen, wo alle anderen Behandlungsmethoden versagten, war ein Erfolg zu verzeichnen. Das Instrumentarium besteht aus einem durchlöcherten Tubus, der oben einen Hahn besitzt. Der Tubus steht unter Dazwischenschaltung eines Manometers nebst Reservoir mit einem Wasserhahn in Verbindung, nach dessen Öffnung die Aspiration beginnt. Nachdem der Kranke uriniert hat, wird die vordere und hintere Harnröhre gespült und die Blase mit Hydrargyrum oxycyanat $\frac{1}{3000}$ gefüllt. Nach Einführung des Instrumentes und Öffnung des Wasserhahns beginnt die Aspiration, die man nach Belieben steigern und unterbrechen kann. Durch Öffnen und Schließen des Wasserhahns kann man das gewünschte Vakuum mit Hilfe des Manometers einstellen. Durch Öffnen eines am anderen Ende des Reservoirs angebrachten Hahnes kann man ein zu hoch gewordenes Vakuum reduzieren, indem man Luft zuströmen läßt. Das einmal hergestellte Vakuum kann erhalten werden, indem man den Hahn des Tubus schließt, sofern dieser dicht ist. Durch die Harnröhrenmündung kann keine Luft eintreten, da die Schleimhaut dem Tubus fest adhäriert. Nach beendeter Aspiration bringt man einen mit Wasserstoffsuperoxyd (12 Volumprozent mit 4—5 Teilen Wasser verdünnt) gefüllten Gummiballon oder Spritze an den Tubus und

injiziert unter einem gewissen Druck die Flüssigkeit in den Tubus, wodurch die Schleimhaut zurückweicht. Nachdem der Kranke uriniert hat, bekommt er noch eine 2—3%ige Protargol- oder 1%ige Silbernitratinjektion. Da der Apparat zur Herstellung des Vakuums durch Wasser etwas kompliziert ist, empfiehlt Verf. auch noch die Anwendung einer Spritze, indem er zwischen diese und dem Tubus einen Zylinder nebst Manometer einschaltet. Dennoch bleibt die Aspiration mit Wasser vorzuziehen, da hierbei ein allmähliches Ansteigen des Vakuums erzielt werden kann, während bei der Spritze Stöße nicht gut zu vermeiden sind. Verf. führt die Aspiration dreimal wöchentlich aus, 10 Minuten lang. Sind nur zwei Sitzungen möglich, dann 15 Minuten. Die Stärke der Aspiration hängt von zwei Punkten ab: je mehr die Schleimhaut verhornt ist und je weiter der Tubus, um so stärker die Aspiration. Bei der ersten Sitzung überschreitet Verf. nicht 20—25 mm Hg, später allmählich ansteigend um 1—2 mm bis 35—40 mm Hg. Nach Verf. ist die Aspiration leicht ausführbar und die Kranken vertragen den Eingriff gut. Die Harnröhre werde in keiner Weise geschädigt und Komplikationen könnten vermieden werden, wenn man Hämorrhagien ausschließe. Dies könne man vermeiden, wenn man vorher die Harnröhre einer Besichtigung unterziehe. Bei alten Urethritiden mit stark verhornter Schleimhaut könne man fast bis zum völligen Vakuum gehen ohne zu schaden, bei vorhandenen Schleimhautläsionen sei jedoch Vorsicht geboten. Hauptsächlich der Bulbus neige zu Blutungen. Ist die Schleimhaut verhornt, dann rät Verf. die Aspiration nur mit 15—20 mm Hg zu beginnen und bei jeder Sitzung 2—3 mm weiter zu gehen bis auf 30—35 mm Hg. Finden sich Gonokokken in den Fäden, so geht Verf. das erstemal nicht über 10 mm Hg während 5 Minuten hinaus. Die Erfolge sollen gute sein, doch müsse sich die Behandlung auf längere Zeit erstrecken, wie dies ja bei der Methode von Oberländer und Kollmann auch der Fall sei, doch glaubt Verf. seine Patienten rascher als mit den üblichen Behandlungsmethoden geheilt zu haben und fordert zu Nachprüfungen auf.

Schumacher-Berlin.

- 72) *Orchite due à la présence d'un ver de Guinée dans le testicule*, per Bouilliez. (Ann. d'Hygiène et de Médecine coloniales. 1913. Nr. 4.)

Ein Sergeant der Kolonialinfanterie erkrankte plötzlich mit Fieber und Schmerzen im Unterleib längs des Samenstranges und im linken Hoden; der Samenstrang ist hart und sehr schmerzhaft. Der häufig, aber ohne Schmerz entleerte Urin enthält eine ziemlich beträchtliche Menge Eiter, kein Blut. Zwischen den Mictionen kommen einige Tropfen Eiter aus der Harnröhre. Trotz entgegenstehender Anamnese neigte Verf. zur Annahme des gonorrhoeischen Ursprungs der Orchitis. Zwei Wochen danach zeigte sich, unter starkem Jucken und ohne besonderen Schmerz an der Skrotalhaut ein Guineawurm, nach Bildung einer kleinen Phlyktäne, welche der erweichten Stelle entsprach, die im Hoden nachgewiesen worden war. Der 60 cm lange Parasit wurde mit leichten Traktionen sofort herausgezogen. Drei Tage danach war die kleine Wunde geheilt. Bei einer Revision fünf Monate später erwies sich der linke Hoden atrophisch und hatte kaum die Größe einer Bohne. Diese Atrophie hatte einige Tage nach der Extraktion des Guineawurms begonnen.

Netter-Pforzheim.

- 73) *Hämorrhagische Infarzierung des Hodens*, von W. Maschke. (Med. Klinik. 1913. Nr. 22.)

Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine totale hämorrhagische

Infarzierung des Hodens, die auf eine vorgefundene Thrombose der Venen im corpus Highmori zurückzuführen sein dürfte. Die Thrombose scheint traumatischer Ursache zu sein. Die Therapie ist nur eine operative.

Biberstein-Gleiwitz.

74) **Ein Jahr Prostatachirurgie**, von Wilms. (Med. Klinik. 1913. Nr. 16.)

Die nach Verf.'s perinealer Methode ausgeführte Prostatektomie hat sich gut bewährt. Unter 43 Fällen kein Todesfall. Durch epidurale oder durch Leitungsanästhesie des Pudendus nach Franke-Posner werden die Gefahren der Operation auf ein Minimum reduziert.

Biberstein-Gleiwitz.

III. Bibliographie.

G. Baar, Die Indikanurie. Eine kritische Studie ihrer Pathologie und differentialdiagnostischen Bedeutung. (Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1913. 12,50 Mk.) — Die Besprechung einer umfassenden und gründlichen Untersuchung über Indikanurie, die an dieser Stelle vor die Öffentlichkeit tritt, wird wohl keinem Dermatologen als überflüssig erscheinen, denn eine ganze Reihe von Hautaffektionen (Urticaria, Furunculosis, ferner Pompholyx, Dermatitis herpetiformis, Ekzeme, besonders die bullösen Formen, s. Baar, l. c. S. 46) gehen mit mehr oder minder ausgesprochenen und hartnäckigen Ausscheidungen von Indolderivaten einher. Freilich liegt die Bedeutung der Studie des Verf.'s nicht in einer wesentlichen Erweiterung unserer bisherigen Kenntnisse auf dem Gebiete der Koinzidenz von Hautkrankheiten mit Indikanurie, dafür verdanken wir aber dem Verf. wesentliche Aufschlüsse über das Wesen der zuletzt genannten Störung selbst. Er wendet sich vor allem gegen die landläufige Anschauung, die in der Indikanurie eigentlich nur den Ausdruck einer „Autointoxikation“ sieht. Zwar zieht er die kausale Bedeutung des Bacterium coli für das Zustandekommen der Eiweißfäulnis nicht in Zweifel, er betont jedoch zugleich, daß die von dem Indol abzuleitenden Indoxylderivate, die schließlich als indoxylsaures Kalium (Indikan) oder an Glykuronsäure gebunden durch den Harn ausgeschieden werden, an sich nicht toxisch sind, wohl aber die gleichzeitig gebildeten Ptomaine und Leukomaine. Überhaupt kommt Indikanurie wohl kaum zustande, wenn nicht bestimmte pathologisch-anatomische Läsionen des Gastrointestinalkanals vorliegen. Diese Störungen können vorübergehend auftreten oder sie können sich öfters wiederholen oder endlich chronisch verlaufen. Nach der Natur und dem Ablauf dieser Prozesse richtet sich auch der Gang der Indikanurie. Verf. unterscheidet daher eine transitorische, rekurrierende und konstante Indikanurie. Die transitorische Indikanurie, die nach akuten Entzündungen des Magendarmkanals oder nach vorübergehenden Sekretionsanomalien vorkommt, ist ebensowenig, wie etwa das vorübergehende Auftreten von Zucker im Harn von irgendwelcher besonderen Bedeutung. Sie folgt als postoperative Indikanurie jeder blutigen Verletzung des Magendarmkanals mit dem Messer, um nach einigen Tagen wieder zu verschwinden. Der rekurrierenden Indikanurie liegen dagegen rezidivierende pathologisch-anatomische Veränderungen zugrunde (Ulcera ventriculi et duodeni, peritoneale Adhäsionen u. dgl.). Die konstante Indikanurie endlich, die Verf. nur in etwa $1\frac{1}{2}\%$ der Fälle nachweisen konnte, ist die Folge von chronischen Leiden des Magendarmkanals (Karzinomen des Magens, des Dickdarms, der Leber, Tuberculosis peritonei u. a.) oder dauernder Sekretionsanomalien des Verdauungskanals. Therapie: Einen nennenswerten Erfolg konnte Verf. auch bei strengster Durchführung der verschiedenen Ernährungsweisen nicht erzielen. Gemischte Kost, reine Milchdiät, Milchzerealien, Laktobazillin, Kefyr, Yoghurt, aber auch Pepsin, Pankreon, sie änderten kaum etwas an dem Krankheitsbild. Am meisten erreichte er noch durch Kalomel, das man aber doch nicht lange Zeit hindurch geben könne. (Vielleicht wäre noch das Magisterium Bismuthi zu erwähnen gewesen, vgl. Spaeth, Harnuntersuchung, S. 355; Ref.) Am meisten empfehlenswert erscheint Verf. das Ichthyol, weniger bei innerlichem Gebrauch (Ichthyoltropfen), als in Form von hohen, $1\frac{1}{2}\%$ igen Irrigationen zur Desinfektion des Dickdarms. Selbstverständlich verlangen die verschiedenartigen Erkrankungen des Darmtrakts, auf die man durch die Indikanurie aufmerksam wurde, ihre besondere Therapie. Operative Eingriffe, wie sie z. B. bei Appendizitis angezeigt sind, pflegen prompt zum Verschwinden der Indikanurie zu führen, wenn der Wurmfortsatz die einzige

Ursache der Harnveränderung war und das Gleiche gilt *mutatis mutandis* für manche andere Operationen im Bereiche der Abdominalorgane. Schließlich sei noch erwähnt, daß Verf. 4 Jahre lang alle Fälle seiner Praxis (2880) auf Indikan nach verschiedenen Methoden untersuchte, wobei 1611 Fälle eine positive, 1269 eine negative Indikanprobe gaben. Um aber vergleichbare Werte zu erhalten, blieb er in 2092 seiner Fälle (d. h. bei den letzten 10000 Proben) bei der Obermeyerschen Untersuchungsmethode. Seine auf ein so ausgedehntes und zuverlässiges Material gestützten Ausführungen verdienen daher volles Vertrauen. Sie werden überdies in so ansprechender und übersichtlicher Form vorgetragen, daß das Interesse des Lesers bei der Lektüre des Buches niemals erlahmt.

B. Solger-Bad Kissingen.

V. Klingmüller, **Über Kindereczeme.** (Halle, Marhold, 1913. 1 Mk.) — Dem wichtigsten Kapitel der Kindereczeme ist Verf. nach jeder Richtung gerecht geworden. Nach der Besprechung der disponierenden Zustände und der auslösenden Ursachen des Ekzems wird die Behandlung eingehend gewürdigt.

J.

E. Kantorowicz, **Störungen der männlichen Geschlechtsfunktionen.** Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1913. 3 Mk.) — Ich glaube, daß Verf. in seiner kurzen eindringlichen Art es erreicht hat, den Arzt zu einem intensiven Handeln auf diesem bisher etwas vernachlässigten Gebiete anzuregen. Sicher werden sich hieraus zum Wohle unserer Kranken manche Vorteile ergeben.

J.

IV. Therapeutische Notizen.

Eczema seborrhoicum:

- | | | | |
|----|------|-----------------|-------|
| 1) | Rez. | Liq. carb. det. | 10,0 |
| | | Glycerin. | 10,0 |
| | | Spirit. | 180,0 |

(Veiel.)

J.

Pruritus vulvae:

- | | | | |
|----|------|------------------|---------|
| | Rez. | Bismut. subnitr. | |
| 2) | | Zinci oxyd. | ana 0,5 |
| | | Adip. lanae | ad 30,0 |

(Evans, New York Med. Journ. 1913. Februar.)

J.

.Rote und raue Hände:

- | | | | |
|----|------|-------------------|----------|
| | Rez. | Paraffini liquid. | 25,0 |
| 3) | | Vanillini | 0,1 |
| | | Ol. rosar. gtt. I | |
| | | Lanolin | ad 100,0 |

(Pharm. Post. 1912. Nr. 98.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Juni 1913.

Heller demonstriert ein 2jähriges Kind mit **Urticaria pigmentosa**; die Pigmentierungen sind von einem einzigen, in Form von Blasen mit serösem Inhalt auftretenden Schube zurückgeblieben.

H. Isaak zeigt ein idiotisches, betrifft Tuberkulose erblich belastetes Kind mit einem generalisierten Ausschlag in Form von braunen, flach-knotigen Effloreszenzen, die an einzelnen Stellen wie Lupusknötchen aussehen; es dürfte sich um **Tuberculosis cutis generalisata** handeln.

Lipmann-Wulf stellt einen Patienten vor, der im Anschluß an eine

Schmierkur ein **Ekzem** bekam, aus welchem sich eine **Dermatitis universalis exfoliativa** entwickelte; die letztere zeigte sich jetzt noch als Dystrophie sämtlicher Nägel mit starker **Querfurchenbildung**.

Baum zeigt einen Fall von **Molluscum contagiosum**.

Löhe demonstriert einen Patienten mit **Darrierscher Psorospermose**; die Affektion besteht seit der Kindheit und macht von Zeit zu Zeit Rezidive; man sieht disseminierte rote Knötchen auch an der Mundschleimhaut, die an einzelnen Stellen, besonders den Achselfalten, zu roten, nässenden Plaques konfluiert sind; die Prognose ist günstig, die Therapie wenig erfolgreich; am besten wirken noch Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

Blaschko zeigt einen Patienten mit einer **Gewerbedermatose**, die in Form von disseminierten roten Knötchen an Händen und Unterarmen auftritt; die Ursache ist jedenfalls in einem durch Kohlenwasserstoffe verunreinigten Schmieröl zu suchen; bei Buchdruckern sieht man Ähnliches infolge von verunreinigtem Terpentinöl auftreten.

Blumenthal demonstriert 2 Fälle von **Mykosis fungoides**, deren erster nach Röntgen- und Arsenbehandlung sich im Stadium der Heilung befindet, während der zweite umfangreiche geschwürige Prozesse zeigt; die Seroreaktion ist im ersten Falle positiv, im zweiten negativ; das Blutbild ist hier normal, dort findet sich starke Mononukleose.

Tomaszewski: **Über Versuche, Kaninchen subdural mit Syphilis zu infizieren**. Die Kopfhaut der Versuchstiere wurde bis auf den Knochen durchschnitten, der letztere bis zur Dura durchbohrt, sodann mit einer Pravazschen Spritze eine Emulsion aus einem Hodensyphilom, die durch ein Glasfilter gepreßt war, in einer Quantität von 0,5—1 cm eingespritzt. Eine Anzahl der Versuchstiere ging zugrunde, ein Teil blieb am Leben. Typische klinische Erscheinungen hat Votr. bei diesen nicht beobachtet, nur ein Teil bekam etwa 3 Wochen post infectionem ein eigentümliches Schiefhalten des Kopfes; das Tier erkrankte an parenchymatöser Keratitis und Nasentumoren, bei zwei weiteren fanden sich ebenfalls Nasentumoren; mehrere Obduktionen ergaben keine sicheren charakteristischen Veränderungen. Die Versuche werden fortgesetzt werden.

Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

E. Mercks 26. Jahresbericht (Darmstadt, April 1913) über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie bietet uns wieder eine Fülle von wertvollen Zusammenstellungen über neue Präparate und Drogen. Ich erwähne unter vielen nur den Bericht über Mesothorium und Salvarsan. Das Buch ist für den Praktiker schon fast unentbehrlich geworden.

J.

VII. Personalien.

Privatdozent Dr. Heuck aus Bonn hat sich in München habilitiert.

Im Alter von 85 Jahren starb in London der berühmte Syphilidologe Jonathan Hutchinson.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTMIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Sechzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1913.

September.

Nr. 12.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Leukonychia totalis in zwei Generationen, von C. Gutmann. 2) Beitrag zur Therapie der Hyperidrosis pedum, von Dr. Liebl.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Über die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der „inneren Sekretion“, von F. v. Poor. 2) Den inre Sekretionens inflytande på huden och dess Annex. del A. Cedercreutz. 3) Über lipoide Degeneration des Elastins der Haut, von Krelbich. 4) Zur Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut, von Spiethoff. 5) Peli del mento con più glandole al loro interno, per S. Giovanni. 6) Über allgemeine und lokale Eosinophilie, von Schlecht. 7) Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre supérieur. Région de l'avant-bras et du poignet, par Mme. Bellocq-Irague. 8) Die Anwendung des Ichthargans in der Dermatologie, von P. G. Unna. — Entzündliche Dermatosen. 9) Therapeutische Erfahrungen mit dem Histopin (von Wassermann), von W. Bernheim. 10) Über Histopin, von Saalfeld. 11) Hydroa vacciniforma de Bazin, par Pautrier et Payenneville. 12) Indirekte Übertragung von Varizellen bei einer Erwachsenen, von O. Lentz. 13) Das Ehrmannsche Froschaugenphänomen im Blutserum von Psoriasis-kranken, von Sommer. — Angioneurotische Dermatosen. 14) A case of multiple telangiectases, by J. H. Sequeira. 15) Angstneurosen und vasomotorische Störungen, von G. Flatau. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 16) Über die Behandlung der Hauttuberkulose, von J. Jadassohn. 17) Tuberculose miliaire en nappe de la gencive et de la lèvre, par Chompret. 18) Die Leprabazillen in der Milch von Leprakranken, von Sugai und Monobe. 19) Singolari formazioni di elastina entro cellule giganti in casi di lepra, per Lombardo. 20) Leprabazillen im kreisenden Blute der Leprakranken und im Herzblute eines Fötus, von Rabinowitsch. 21) Serologische Untersuchungen bei Leprösen, von B. Müller. 22) Anaphylaxie lepreuse, per H. Gougerot. — Syphilis. 23) Über den Einfluß der modernen Syphilisforschung auf die Syphilisbehandlung in Badeorten, von Touton. 24) Les réactions nerveuses tardives et la meningo-vascularite syphilitique, par P. Ravaut. 25) Äthylhydrocuprein und Salizylsäure als Adjuvantien des Salvarsans, von Morgenroth und Tugendreich. 26) Darf das Neosalvarsan ambulant angewandt werden? von Wolf und Mulzer. 27) Sieben Fälle von zerebralen Erkrankungen nach Salvarsanbehandlung, von V. Caesar. 28) Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder, von S. Wolff. 29) Die experimentelle Analyse der Salvarsanwirkung. Beitrag zur Indikationsstellung des Salvarsans, von Luithlen. 30) Die experimentelle und klinische Analyse des „Salvarsanfiebers“, von Luithlen und Mucha. 31) Salvarsanvergiftung und Überempfindlichkeit gegen Arsenik, von K. Brandenburg. 32) Quecksilber und Salvarsan in ihrer Wirkung auf die Blutströmung nach mikroskopischen Beobachtungen am lebenden Tier, von G. Bicker und R. Foelsche. 33) Über die Tragweite der Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse, von A. Hoche. 34) Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux, par Levaditi, Marie et Bonkowski. 35) Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern, von E. Forster und E. Tomaszewski. 36) Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse, von Raecke. 37) Recherches sur la perméabilité à l'arsenic des méninges normales et pathologiques, par J. Tinel et J. Lerolde. 38) Angebliche Reinfektionen

mit Syphilis nach Salvarsanbehandlung, von C. Stern. 39) Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen, von C. Stern. 40) Über eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetischer Basis, von A. Tryb. 41) Ein Fall von Syphilis der Prostata, von M. Hesse. 42) Syphilisprophylaxe mit der Chininsaloe, von J. Schereschewsky. 43) Zur Quecksilberresorption bei der Schmierkur, von H. Borutta. 44) Zur Kontraluesinbehandlung, von E. Richter. 45) Syphilis und Neurasthenie, von Krebs. 46) Hör- und Gleichgewichtsstörungen bei Lues, von O. Voss. 47) Erfahrungen mit Jodostarin „Roche“ bei der Behandlung der Syphilis, von E. Bäumer. 48) Un cas de tabes grave amélioré par le néo-salvarsan, per Leredde. 49) Alcuni casi di sifilide, lepra e psoriasi trattati col 606, per A. Seera. 50) Zur Klinik der Blasensyphilis, von A. Dreyer. 51) Über den Weg der Infektion bei Trypanosomen- und Spirochätenerkrankungen, von Schuberg und Böling. 52) Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen, von P. Uhlenhuth und P. Mulzer. 53) Das Ende der Parasyphilis, von S. Politzer. 54) Über den Zeitpunkt der luetischen Infektion des Fötus und desseu klinische Bedeutung, von J. Trinchese. 55) Zur diagnostischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, von J. H. Schultz. 56) Histopathologische Befunde am Zentralnervensystem syphilitischer Kaninchen, von G. Steiner. 57) Des moyens de reconnaître le trépô-nème pale en cultures pures, par H. Noguchi. 58) Klinische Erfahrungen mit Embarin, von H. Sowade. 59) Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie, von M. Tsuzuki. 60) Die therapeutische Wirkung des Antiluetins, von M. Tsuzuki, K. Ichibagase, H. Hagshi und Htano. 61) Fibrolysin als Unterstützungsmittel spezifischer Kuren bei Lues, von D. Berlin. 62) Contributo allo studio delle reazioni consecutive alle iniezioni endovenose di neosalvarsan (toxicodermia arsenicale pemfigoide), per Vignolo-Lutati. 63) Ricerche sperimentali sulla resistenza dei globuli rossi dopo le iniezioni endovenose di arsenobenzolo, per Simonelli. 64) Das Lipojodin bei Syphilis, von A. Roth. 65) Toxische Erscheinungen nach wiederholten subkutanen Embarininjektionen, von R. Fried. 66) Über Heilung tabischer Erscheinungen durch Arsen und durch Bakterienpräparate, von Döllken. 67) Unterschiede in der Ausscheidung und Ausnützung des Jods, von Moos. 68) Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie, von W. Pick. 69) Ein harter Schanker der Portio vaginalis uteri und seine Diagnostik, von Zomakion. 70) Contributo allo studio delle neurorecidive, per Capelli e Torrigiani. 71) Weitere Untersuchungen über organische Quecksilberpräparate. Vierte Mitteilung von W. Kolle und Rothmann. 72) Nierensyphilis, von A. Welz. 73) Beitrag zur Frage der Reinfektion, von Löhe. 74) Heilung und Rezidiv der Syphilis, von G. Murasawa. 75) La mortalité par syphilis à Paris en 1910, par Leredde. 76) Experimenteller Beitrag zur Immunität bei Syphilis tarda, von Poor. 77) Ein Fall von Lues haemorrhagica, von E. Brodfeld. 78) Chronic Raynauds symptoms, probably on a syphilitic basis, associated with livedo reticulata. Remarks on livedo reticulata (livedo annularis, livedo figurata, or cutis marmorata, by F. P. Weber. 79) Osservazioni sulla legge del Colles, per Montesano. 80) Un caso raro di syphilis eritematose nigricans, per De Amicis. 81) Die Luetinreaktion nach Noguchi bei Augenkrankheiten, von A. Loewenstein. 82) Über die Latenzdauer der Wassermannschen Reaktion, von Dreyer. 83) Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion, mit Leichenblut ausgeführt, von Boas und Elken. 84) Über die hämolytischen Eigenschaften des Bluteserums der Luiker und Metaluiker, von V. Kafka. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 85) Zur Frage der Zeugungsfähigkeit bei bilateraler Nebenhodentuberkulose, von Fürbringer. 86) Tuberkulose der Vulva und Harnröhre, von Krämer. 87) Hexal als Sedativum, von G. Fritsch. 88) Über die Einwirkung der Thermalduchemassage auf die einzelnen Urinbestandteile, von E. Rothschild. 89) „Erreur de sexe“ infolge von Hypospadiasis peniscrotalis, von E. Zurehellen.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Personalien.

Register.

I. Originalmitteilungen.

[Aus dem Städtischen Krankenhause zu Wiesbaden.]

1. Leukonychia totalis in zwei Generationen.¹

Von C. Gutmann in Wiesbaden.

Die Leukonychia totalis, jenes durch mehr oder minder vollständige Weißfärbung der Fingernägel charakterisierte Krankheitsbild, ist recht selten Gegenstand einer Publikation gewesen. Soweit ich die Literatur übersehe, sind bis zum heutigen Tage nur zwölf hierhergehörige Fälle beschrieben worden, und zwar von Giovannini, Unna, Colombini, Joseph, Forchheimer-Joseph, Parkes Weber und Krieg, Abraham, Brauns (zwei Fälle, davon einer in einem Nachtrag), Pernet, Bettmann und Hedderich.

Diese spärliche Kasuistik möchte ich durch folgenden von mir beobachteten Fall vermehren.

Bei dem jetzt 30jährigen Herrn weisen die Nägel der rechten Hand nachstehende Veränderungen auf:

Am Daumen Lunula klein, aber deutlich; distal davon Nagelsubstanz in Form eines schmalen Querbandes leicht rosa gefärbt; übriger Nagel weiß mit leicht bläulichem Unterton, abgesehen von einer schmalen, an den seitlichen Nagelfalz angrenzenden Zone, und abgesehen von dem proximalen Abschnitt des freien, vorderen Nagelrandes. Der distale Teil des letzteren in seinem mittleren Abschnitte wieder weiß, und zwar viel intensiver wie die dem Nagelbett aufliegenden weißen Partien des Nagels.

Zeigefinger vollkommen weiß, mit Ausnahme eines schmalen Saumes am ulnaren Rand des Nagels; freier Nagelrand besonders intensiv weiß; Lunula nicht abzugrenzen.

Mittlerer Finger wie Zeigefinger; im distalen Abschnitt präsentiert sich die Weißfärbung zum Teil in Form von kurzen Längsstreifen.

Vierter Finger, wie zweiter und dritter, nur ist der proximale Teil des freien Nagelrandes in Form eines unregelmäßig breiten, nicht scharf begrenzten Querbandes mehr rosa gefärbt.

Kleiner Finger zeigt Andeutungen von Leukonychia striata, auch ist die Weißfärbung wenig stark ausgeprägt; nach vorn zu breiteres weißes Band, dem sich weiter distal ein rosa Querband mit weißen Längsstreifen anschließt; freier Nagelrand nur ganz schwach weiß gefärbt.

An den Nägeln der linken Hand ist folgendes festzustellen:

Daumen weist eine große Lunula auf, die mit ihrer größten Konvexität etwa knapp ein Drittel der ganzen Länge des Nagels, ausschließlich des freien Nagelrandes einnimmt; darauf folgt ein ganz schmales, dunkelrosa erscheinendes Querband, das nicht ganz den Nagelfalz erreicht, darauf eine bis zum Beginn des freien Nagelrandes sich erstreckende annähernd vier-

¹ Nach einer Demonstration im Verein der Ärzte Wiesbadens am 4. Juli 1913.

eckige, rosa gefärbte Partie, die seitlich durch je einen weißen Längsstreifen von den gleichfalls normal erscheinenden lateralen Nagelrändern getrennt ist; freier Nagelrand gleichfalls normal bis auf einige weiße Flecken im Bereiche der vordersten Zone.

Die Verhältnisse der Nägel des Zeige- und Mittelfingers entsprechen etwa denjenigen der rechten Hand.

Vierter Fingernagel ganz weiß, bis auf vereinzelte sehr feine weiße Längsstreifen im Bereich des freien Nagelrandes und eine schmale, völlig weiß gefärbte vordere Randzone des letzteren.

Kleiner Fingernagel annähernd wie derjenige des vierten Fingers.

Fast sämtliche Nägel lassen eine feine Längsstreifenbildung erkennen. Ihre Wölbung ist normal; es besteht keine Vermehrung oder Verminderung der Konsistenz der Nagelplatte, wie überhaupt sonstige Veränderungen des Nagels und des Nagelbettes vermißt werden.

Auch am übrigen Körper ist, abgesehen von einer ganz geringfügigen Keratosis pilaris nichts zu entdecken, was von der Norm abweicht; besonders erwähnen möchte ich, daß die Nägel der Zehen völlig intakt erscheinen.

Der Vater des Patienten, ein jetzt 65jähriger Herr, ist Träger der gleichen Nagelaffektion, nur mit dem Unterschiede, daß die Nägel desselben sich noch durch eine ungewöhnliche Härte und Sprödigkeit auszeichnen; auch bei ihm fehlen sonstige Hautanomalien, auch bei ihm sind die Zehennägel normal.

Beide geben mit aller Bestimmtheit an, daß bei ihnen die Veränderungen an den Fingernägeln seit frühester Kindheit bestanden und annähernd konstante seien.

Der Enkel der Schwester des alten Herrn soll gleichfalls an Leukonychie leiden, doch ist es mir nicht möglich gewesen, des jungen Menschen habhaft zu werden und mich von der Richtigkeit dieser Behauptung zu überzeugen. Die Nägel der übrigen Familienmitglieder sollen keine Besonderheiten darbieten.

Der hier kurz skizzierte Fall von Leukonychia totalis bietet nicht nur ein rein kasuistisches Interesse dar, sondern es kommt ihm auch eine gewisse Bedeutung hinsichtlich der Ätiologie der Affektion zu. Schon Forchheimer war das frühzeitige Auftreten der Erkrankung aufgefallen. Nach seinen Angaben schwankte das Alter der bis dahin beobachteten Fälle zwischen dem 17. und 32. Lebensjahr, und auch bei den späteren Beobachtungen tritt dieses Moment deutlich zu Tage, wenigstens in den Fällen, die ich im Original studieren konnte. Bei den beiden Beobachtungen von Brauns handelt es sich um zwei junge Mädchen, Bettmanns Patientin war 23 und Hedderichs Patient 28 Jahre alt.

In einem Teil dieser Fälle bestand das Leiden schon seit Jahren, z. B. im Falle von Giovannini seit dem 12., in Forchheimers Beobachtung in den ersten Anfängen seit dem 6. Lebensjahre. Colombini sah die Leukonychia totalis als angeborene Anomalie, und auch Unnas und Hedderichs Patienten litten, ebenso wie die meinigen seit frühester Kindheit an der Affektion. Eine Ausnahme macht, soweit ich die Literatur

überblicke, nur der Fall von Parkes Weber und Krieg, der, im 52. Lebensjahre stehend, die ersten Anfänge vier Jahre zuvor bemerkt hatte.

Aus diesen kurzen Auseinandersetzungen ergibt sich also, daß die *Leukonychia totalis* auffallend häufig in verhältnismäßig jugendlichem Alter zutage tritt, ja in einer Reihe von Fällen schon in den ersten Lebensjahren zur Entwicklung gelangt.

Dazu kommt nun noch, daß dieses Leiden auch familiär auftreten kann. Für die *Leukonychia striata* liegt bereits eine derartige Beobachtung vor, indem Lawrence¹ dieselbe bei Vater und Sohn feststellen konnte, dagegen fehlte bisher bei *Leukonychia totalis* ein solcher Befund. Meine beiden Fälle füllen diese Lücke aus, indem durch dieselben, meines Wissens zum ersten Male, das Vorhandensein der Affektion in zwei Generationen derselben Familie festgelegt ist.

Nach alledem meine ich, daß ein erheblicher Bruchteil der bisher publizierten Fälle von *Leukonychia totalis*, und speziell meine beiden Fälle als angeborene Anomalie aufgefaßt werden müssen, als eine ab origine von der Norm abweichende Anlage der Nagelmatrix derart, daß die Nagelanbildung in pathologischer Weise vor sich geht. Welcher Art diese vom Normalen abweichende Beschaffenheit der Nagelmatrix ist, bleibt allerdings nach wie vor eine offene Frage, da ja selbstverständlich die Feststellung einer Parakeratose im Bereiche der veränderten Partien der Nagelplatte durch Joseph, Heidingsfeld und vor allem Brauns nur einen sekundären Befund darstellt.

Daß auch für die restierenden Fälle von *Leukonychia totalis* die Deutung als kongenitale Anomalie zutrifft, kann ich natürlich nicht bestimmt behaupten und noch viel weniger mit Sicherheit beweisen. Ich neige aber offen gesagt zu dieser Auffassung und möchte nach dieser Richtung hin speziell folgendes betonen.

Der Umstand, daß bei einem großen Prozentsatz der bisher bekannten Fälle die Affektion erst im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt und vereinzelt noch später in Erscheinung trat, kann keineswegs gegen eine solche Auffassung ins Treffen geführt werden. An die Annahme einer angeborenen Anlage des Leidens scheint mir durchaus nicht die Bedingung geknüpft, daß die Affektion im Moment der Geburt schon zu konstatieren sei, oder in den ersten Wochen und Monaten des Lebens zur Entwicklung kommen müsse, das kann vielmehr zu jeder Zeit des Daseins noch geschehen, sei es ohne eine besondere, die Entwicklung des Leidens auslösende Ursache, mag dieselbe nun allgemeiner oder lokaler, an Ort und Stelle einwirkender Natur sein, sei es unter dem Einflusse

¹ Zitiert nach Brauns.

einer solchen. Ich möchte hier nur daran erinnern, daß das Auftreten des Leidens beobachtet wurde einmal bei mehr oder minder schweren Allgemeinerkrankungen, wie z. B. im Anschluß an Anämie, Typhus, Vitium cordis, Rekurrens, Gastritis, multiple Neuritis, Arsenvergiftung u. a. m., andererseits bei Congelatio, Traumen der Matrix und in Bettmanns Fall beispielsweise nach Anfällen, die „durchaus dem Stadium der Synkope bei der Raynaudschen Krankheit entsprechen.“

Mag nun die Ansicht zutreffend sein, daß es sich hier durchweg um eine kongenitale Anomalie handelt, oder mag es angeborene und erworbene Formen von Leukonychia totalis geben, so muß es doch als höchst auffällig bezeichnet werden, daß die Nägel der Zehen so gut wie niemals an dem Krankheitsprozesse beteiligt sind, ein Punkt, der, soweit ich die Literatur übersehen kann, noch niemals speziell hervorgehoben worden ist. In den betreffenden Krankengeschichten sind die Zehennägel entweder nicht erwähnt, oder es ist meist ausdrücklich betont, daß dieselben zwar etwas deformiert oder verkümmert, im übrigen aber völlig intakt und vor allem von der Weißfärbung verschont waren. Einzig und allein zwei Arbeiten, die mir leider nur in Referaten zugänglich sind, enthalten Angaben über eine Beteiligung der Zehennägel an der Affektion. In einem Falle von Leukonychia stiativa¹ waren „die Zehennägel krumm, teils verdickt, gerippt und nur einige derselben zeigten die weißen Streifen, welche viel weniger hervorstechend waren.“ Der zweite Fall ist die von Weber und Krieg² beschriebene Leukonychia totalis. Die Worte des Referates lauten: „Die Nägel zeigen gar keine Lunula, sind ganz flach und dünn, weisen Längsfurchen auf. Zehennägel zeigen gleiche Tendenz.“ Schon diese kurzen Angaben in den Referaten lassen deutlich erkennen, daß in beiden Fällen eine sehr wesentliche Differenz zwischen den Erscheinungen an den Finger- und denjenigen an den Zehennägeln vorhanden war insofern, als die Veränderungen an den ersteren offenbar viel intensiver und ausgeprägter waren; es handelte sich also in diesen beiden Fällen an den Zehennägeln, wenn ich so sagen darf, um Abortivformen der Leukonychie.

Eine Erklärung für die Tatsache, daß bei den vorliegenden Beobachtungen von Leukonychie die Zehennägel nur äußerst selten und dann nur in geringerem Grade an dem Krankheitsbilde partizipieren, vermag ich nicht zu geben. Es ist nicht zu verstehen, wieso von einer angeborenen Anomalie gerade die Fingernägel betroffen und die Zehennägel ausgespart sein sollten. Es ist weiter auch unverständlich, warum infolge von Allgemeinerkrankungen aller Art das Leiden nur an den Finger- und

¹ Referat in Monatsh. f. prakt. Dermatologie. LIII. S. 603.

² Referat in Dermatolog. Centralblatt. 1899. S. 350.

nicht auch an den Zehennägeln zur Entwicklung gelangt; und endlich, Traumen vielfacher Provenienz und im weitesten Sinne des Wortes sind doch auch die Zehen, und damit deren Nägel ausgesetzt, mit dem Unterschiede allerdings, daß die Unbilden des Wetters, vor allem aber die Einwirkungen des Lichtes die Hand viel intensiver treffen als den von Strumpf und Schuh bedeckten Fuß. Ob etwa in der Tat diese Differenzen ausschlaggebend sein können für das fast ausnahmslose Befallenwerden der Fingernägel, muß ich dahingestellt sein lassen.

Literatur über Leukonychia totalis.

Giovannini, Internat. Atlas seltener Hautkrankheiten. 1891. — Unna, Ebenda. — Colombini, Riforma medica. 1894. — Joseph, Stereoskop. med. Atlas v. Neisser. Liefer. 17. — Forchheimer, Dermatolog. Centralbl. 1898. — P. Weber u. Krieg, British Journ. of Dermatol. XI. — Abraham, Ebenda. 1900. — Brauns, Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXVII. — Pernet, Brit. dermatolog. Society. — Bettmann, Dermatolog. Zeitschrift. XIII. — Hedderich, Dermatolog. Centralbl. 1910.

2. Beitrag zur Therapie der Hyperidrosis pedum.

Von Dr. Liebl in Ingolstadt.

In über 100 Fällen hat sich mir folgendes Verfahren bei Fußschweiß stets mit vollem Erfolg bewährt.

An 4—6 Abenden werden Fußsohlen und Zehenzwischenräume ohne jegliche Rücksicht auf Rhagaden oder Ulzerationen mittels Borstenpinsels mit nachbenannter Flüssigkeit eingepinselt:

Rec. Tannin
Glycerin aa 40,0
Tct. Jodi 20,0

MDs. Vor Gebrauch fest umschütteln und
mit Borstenpinsel aufzutragen.

Es empfiehlt sich, die Füße hernach lufttrocken werden zu lassen und die Nacht über Socken bzw. Strümpfe zu tragen. Nur in hartnäckigen Fällen zeigt sich der Fußschweiß nach etwa $\frac{1}{4}$ Jahr bereits wieder, worauf die Wiederholung obiger Prozedur notwendig erscheint. Die unangenehme, nach kurzem jedoch wieder verschwindende Braunfärbung der Haut wird durch die Billigkeit des Verfahrens wohl wett gemacht. Irgendwelche Nachteile sind mir nicht bekannt geworden.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) Über die Beziehungen einiger Hautkrankheiten zu der „inneren Sekretion“, von F. v. Poor. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 27 u. 28.) Die Hautaffektionen des Myxödems stehen mit der Athyreose und die

Melanodermie der Addisonschen Krankheit mit durch morphologische Veränderungen der Nebenniere bedingten funktionellen Veränderungen in kausalem Nexus. Daneben ist es wahrscheinlich, daß die Ursache der senilen Involution der Haut (Atrophia cutis senilis), wie auch das atrophische Stadium des Xeroderma pigmentosum Kaposi und der diffusen Sklerodermie in den morphologischen, bzw. funktionellen Anomalien der endokrinen Organe zu suchen ist. Zweifellos beeinflußt die veränderte innere Sekretion auch die Funktion der Hautdrüsen (Hyperhidrose bei Basedow, Anhidrose bei Myxödem) unmittelbar und wirkt in einzelnen Fällen auch auf die normalen Keratinisationsverhältnisse der Haut störend ein (Dermatitiden bei Basedow, bei Akromegalie usw.).

Schourp-Danzig.

2) **Den inre Sekretionens inflytande på huden och dess Annex**, del A. Cedercreutz. (Finska Läkarsällskapets Handlingar. 1913. Nr. 2.)

Verf. erörtert den Einfluß der inneren Sekretion auf die Haut und ihre Adnexe. Bekannt sind die Beziehungen der Drüsentätigkeit zur Haut bei Morbus Addisonii, Myxödem, Morbus Basedowii. Bei Sklerodermie deuten deren Häufigkeit bei Basedowkranken, das häufigere Vorkommen beider Affektionen bei Frauen als bei Männern, die therapeutischen Resultate mit Coeliacin auf einen Zusammenhang mit der Sekretion der Schilddrüsen oder Mesenterialdrüsen hin. Beziehungen zwischen den Anomalien der inneren Sekretion und Alopecia areata, Kombination von Haar- und Zahnerkrankung, Haarschwund nach Exstirpation der Epithelkörperchen werden zu weiteren Belegen herangezogen. Ferner wird die Korrelation der inneren Geschlechtsdrüsen und der seborrhoeischen Kahlheit, welche sich beim Manne gerade in der Zeit der lebhaften Tätigkeit der Geschlechtsdrüsen einzustellen pflegt, besprochen. In Erwägung gezogen wird die Frage, ob bei den Zahndystrophien der Lues congenita nicht innersekretorische Störungen mitwirken, und ob die Acne juvenilis zur Funktion der Geschlechtsdrüsen in Beziehung steht. Denn wenn auch in Acnepusteln Mikroorganismen gefunden werden, so deuten die Acnefälle nach Jod und Brom doch auch auf andere Ursachen hin. Innersekretorische Störungen liegen auch den Menstrualerkrankungen, der Erythromelalgie und Erythromelie, Ödemen, Raynaudschen Krankheit zugrunde. Vielleicht ergeben Nachforschungen in dieser Richtung auch späterhin Klarheit über die Ätiologie mancher noch wenig aufgeklärten Dermatosen wie Ichthyosis, Psoriasis und Lichen.

J.

3) **Über lipoide Degeneration des Elastins der Haut**, von Kreibich. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. Nr. 2.)

Verf. vermutete, daß es sich bei dem Auftreten sudanophiler Tröpfchen in den elastischen Fasern der Cutis propria bei seborrhoeischen Warzen alter Leute, wie er dies kürzlich konstatieren konnte, um regressive Veränderungen seniler Art handelte. Zur Unterstützung dieser Vermutung untersuchte er eine sogenannte „Wetterhaut“, die von dem Rücken eines 83jährigen Mannes stammte und fand in der Tat eine Degenerationsform der elastischen Fasern, die dadurch ausgezeichnet ist, daß die gesamte Faser einen sudanophilen Farbenton annimmt und daß in ihr Lipoidtröpfchen auftreten.

J. Schumacher-Berlin.

4) **Zur Behandlung mit Eigenserum und Eigenblut**, von B. Spiethoff. (Med. Klinik 1913. Nr. 24.)

Außer in einigen Fällen von Prurigo Hebrae, Pruritus, Ekzem, Dermatitis herpetiformis beobachtete Verf. von der intravenösen Einverleibung des

Eigenserusms auch in einem Falle schwerster Prostatitis, ferner bei einem Ulcus molle gangraenosum, bei fieberhaften Ekzemen und bei einem infektiösen Erythem mit Angina und Konjunktivitis deutlichen und raschen Erfolg. Gleiche Erfolge erzielte Verf. durch die intravenöse Reinjektion von aus der Kubitalvene entnommenem Blute.

Biberstein-Gleiwitz.

- 5) **Peli del mento con più glandole sebacee al loro interno**, per S. Giovanni. (Anatom. Anzeiger. XLIII. 1913.)

Verf. untersuchte Barthaare mikroskopisch und fand unter sieben eins mit einer einfachen, die andern mit zusammengesetzter Papille. Im Bulbus waren 2—4 deutliche Talgdrüsen eingeschlossen, welche von einem einzigen Acinus gebildet wurde, der einfach war oder aus 2—3 Teilen bestand. Diese Teile folgten einem meist offenen Gange, der sich häufig der Länge der inneren Scheide einfügt, seltener außerhalb derselben verläuft. Während die Drüsenacini, zwar deutlich ausgeprägt, innen eingeschlossen bleiben, wenden sich die Gänge der inneren Scheide entlang oder entfernen sich etwas von dieser. Die intrapilaren Drüsen enden in verschieden großer Distanz vom Trichter des Follikels, scheinen aber nicht alle ihr Sekret nach außen zu ergießen. In Beziehung zu diesem Befund steht die Bewegung der Alveolen im Bindegewebe des Follikels und der Papille, ein Erguß in die Oberfläche des Haares, eine Verzögerung in der Verhornung der Zellen. Eine besondere Spaltung zeigt sich in der inneren Wurzelscheide, nahe dabei Verdichtungen oder Verfeinerungen. Ein Haar wies zusammengesetzte Papillen in der noch nicht beobachteten Form eines Kelches auf, an der Wand eines Follikels fanden sich Vereinigungsstränge des Papillarkörpers. Andere Zellgruppen waren kortikal der äußeren Wurzel oder anomal gelagert oder vorzeitig verhornt.

J.

- 6) **Über allgemeine und lokale Eosinophilie**, von Schlecht. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Zwei Fälle dieser Anomalie. Der erste zeigte nach Arsenophenylglycin 1,4 innerhalb neun Tagen ein papulöses Exanthem und bei der Autopsie Eosinophilie aller Organe wie auch des Blutes. Im zweiten trat das Exanthem nach Salvarsan $4 \times 0,4$ innerhalb 14 Tagen auf. (Dazu vier Kalomelinjektionen à 0,02—0,04.) Der Patient erholte sich. Die Eosinophilie des Blutes stieg mit dem Zunehmen der Symptome, um dann wieder abzunehmen. Auch in der kleinzelligen Infiltration eines exzidierten Hautstückes fanden sich massenhaft eosinophile Zellen. Verf. glaubt, daß es infolge der Vereinigung des Arsens mit dem Körpereiß zur Bildung von Substanzen kommen kann, die chemotaktisch auf die Eosinophilen wirken.

Raff-Augenburg.

- 7) **Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre supérieur. Région de l'avant-bras et du poignet**, par M^{me} Bellocq-Irague. (Compt. Rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV, S. 439.)

Die Verfasserin liefert einen weiteren Beitrag (s. d. Centralbl. XVI, S. 74) zur Kenntnis der Gefäßordnung in der Haut der oberen Extremität. Am Vorderarm lassen sich zahlreiche Bezirke von geringer Ausdehnung unterscheiden, deren jeder von einer Hautarterie mit mehreren fein verzweigten Kollateralen versorgt wird, deren Verästelungen, indem sie miteinander anastomosieren, zwei Netze, ein tiefes und ein oberflächliches bilden, sodaß für eine reiche Vaskularisation der Haut sowohl der Vorderfläche, als der Hinterfläche gesorgt ist. Aber die Arteriengebiete der Hinterfläche sind merklich

kleiner und näher aneinander gerückt, als die der vorderen und stehen durch unregelmäßige Anastomosen der Endäste oder der Kollateralen miteinander in Verbindung. Im Bereich des Handgelenks ist die Gefäßanordnung im allgemeinen dieselbe, wie beim Vorderarm, doch sind hier die Beziehungen der Gefäßgebiete zueinander weniger innig.

B. Solger-Bad Kissingen.

- 8) **Die Anwendung des Ichthargans in der Dermatologie**, von P. G. Unna. (Med. Klinik. 1911. Nr. 30 u. 31.)

Nach einer Darstellung des Wesens des Ichthargans und seiner Stellung unter den Silbersalzen werden die bisherigen auf dem Gebiete der Schleimhautkatarrhe bewährten Wirkungen des Präparates charakterisiert, um darnach eine Übersicht über die Anwendung bei Hautkrankheiten zu geben. Für die Psoriasis tritt die Wirkung einer 5—10%igen Ichthargansalbe deutlich hervor. Einige Zeit nach zweimal täglich durchgeführten Inunktionen bilden die Psoriasiseffloreszenzen hellrötliche, weißumsäumte Hügel auf gesunder schwarzer Haut. Der weiße Saum erwies sich als chemisch indifferent. Ergab eine etwa dreiwöchentliche Behandlung keine vollkommene Heilung, so wirkten die alten Psoriasismittel Chrysarobin, Pyrogallus, Teer umso rascher. Vor diesen zeichnet sich das Ichthargan durch seine Harmlosigkeit aus und durch das Vermögen einer sicheren Desinfektion der Gesamthaut; ferner eignet es sich als 5%iger Zusatz zu den gebräuchlichen Mitteln. Nächste der Psoriasis bilden die trockenen seborrhoischen und besonders die kallösen Ekzeme, letztere für Ichtharganguttaplast, ein sehr geeignetes Feld. Dieser entfaltet auch bei den chronischen Hand- und Fingerekzemen, insbesondere den Berufsekzemen, eine radikale Wirkung. Dieselbe zeigte sich ebenfalls gegenüber den multiplen harten Warzen der Hände und des Gesichts.

Biberstein-Gleiwitz.

Entzündliche Dermatosen.

- 9) **Therapeutische Erfahrungen mit dem Histopin (von Wassermann)**, von W. Bernheim. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 6.)

Verf. erkennt an, daß die Histopinpräparate eine spezifische Wirkung auf die Staphylokokkenkrankungen haben. Die Histopingelatine ermöglicht, frühzeitig und ausgedehnt angewandt, eine Immunisierung der Haut gegen die Staphylokokkeninfektion. Die Histopinsalbe ist ein wertvolles Heilmittel bei allen oberflächlichen Staphylokokkenkrankungen der Haut.

Schourp-Danzig.

- 10) **Über Histopin**, von Saalfeld. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 23.)

Die Histopinflüssigkeit ist ein völlig unschädliches Mittel zur Immunisierung der Umgebung von Furunkeln. Auf die Sycosis vulgaris übt sie in palliativer Hinsicht einen günstigen Einfluß aus, ebenso wie die Histopinsalbe. Diese ist als Spezifikum gegen Impetigo cont. anzusehen.

Lengefeld-Brandenburg.

- 11) **Hydroa vacciniforma de Bazin**, par Pautrier et Payenneville. (Bull. Soc. fr. de Dermatologie. 1913. Mai.)

Vorstellung eines jungen Kranken mit dem vollständigen Bild dieser seltenen Affektion. Es handelt sich um einen 18jährigen Hirten, der alljährlich, zu Beginn des Frühlings an den entblößten Körperteilen eine Eruption zeigt, die charakterisiert ist durch zentral gedeckte, von einem Entzündungssaum umgebene Bläschen und Pusteln, die in etwa drei Wochen ablaufen und eine fächerige Blatternarbe hinterlassen. Die Eruption hält

Frühjahr und Sommer an, um erst mit dem Herbst und während des Winters zu verschwinden. Die Wirkung des Sonnenlichtes ist hier also unverkennbar, die Affektion war auf dem Handrücken derart konfluierend, daß sie einen atrophisch-sklerotischen Zustand zurückließ. Empfehlung der Chinintherapie in Form von Pasten.

H. Netter-Pforzheim.

- 12) **Indirekte Übertragung von Varizellen bei einer Erwachsenen**, von O. Lentz. (Deutsche Med. Wochenschrift. 1913. Nr. 24.)

Verf. konnte die direkte Übertragung von Varizellen durch Vermittlung einer gesunden Person einwandfrei feststellen. Bei einem zuerst erkrankten Kinde infizierte sich dessen 29jährige Mutter, die das bei Varizellen sehr seltene, sonst für Variola als ganz charakteristisch angesehene Symptom der Kreuzschmerzen aufwies.

Schourp-Danzig.

- 13) **Das Ehrmannsche Froschaugenphänomen im Blutserum von Psoriasis-kranken**, von Sommer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.)

Verf. fand, daß die Froschaugenpupillen in dem Serum normaler Menschen sich bald erweiterten, dagegen im Serum an Psoriasis leidender eng blieben. Auf Grund von Beobachtungen anderer Autoren über den Adrenalin-gehalt des Blutes ist Verf. der Ansicht, daß vielleicht in dem Blutserum von Psoriasis-kranken die adrenalinähnlichen Substanzen in einer Minderwertigkeit vorhanden sind, wodurch eine Erweiterung der Froschpupille ausbleibt. Er glaubt hiermit einen genauen Fingerzeig für die Symptomatologie und vielleicht auch Ätiologie der Psoriasis gegeben zu haben.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Angioneuritische Dermatosen.

- 14) **A case of multiple telangiectases**, by J. H. Sequeira. (British Journ. of Dermatology. 1913. Mai.)

Die sonst gesunde, aus gesunder Familie stammende Patientin hatte früher sehr stark menstruiert und zeigte nach Eintritt der Menopause zahlreiche rote Flecke auf Gesicht und Fingern mit gelegentlichen Hämorrhagien. Eine nicht zu stillende Fingerblutung trieb sie zum Arzt. Von ihren sonst gesunden Kindern neigt das eine zu Nasenbluten. Bei der Untersuchung fand sich bei der korpulenten, aber anämischen Frau neben zahlreichen Telangiektasien auf der Haut und den Schleimhäuten etwas Lungenemphysem und hoher Blutdruck, sonst keine Abnormität der inneren Organe. Verf. nimmt als Ursache der Telangiektasien neben dem hohen Blutdruck eine vielleicht durch toxische Ursachen bedingte Veränderung der Gefäßwände an. J.

- 15) **Angstneurosen und vasomotorische Störungen**, von G. Flatau. (Med. Klinik. 1913. Nr. 32.)

Beschreibung einiger Fälle von Angstneurosen mit vasomotorischen Erscheinungen. In der einen Gruppe der Fälle entwickelte sich der Angstzustand unter dem Auftreten einer Urticaria; in einer anderen Gruppe handelte es sich im wesentlichen um den Symptomenkomplex des krankhaften Errötens, mit dem sich eine weitere Störung, in den berichteten Fällen Sprachhemmungsgefühl, verband. Das Charakteristische der Fälle liegt in der Verbindung eines psychischen Symptomenkomplexes mit einer körperlichen, einer vasomotorischen Störung.

Biberstein-Gleiwitz.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 16) **Über die Behandlung der Hauttuberkulose**, von J. Jadassohn. (Medizin. Klinik. 1913. Nr. 29.)

Die Behandlung der Hauttuberkulose hat sich zu richten nach der Pathogenese der Hauterkrankung und nach ihrer Ausdehnung und Lokalisation. Die Allgemeinbehandlung der Hauttuberkulösen besteht in der robrierenden Kost, der Höhentherapie und der Tuberkulinanwendung. Höhen- und Meeresküstenaufenthalt wirken besonders günstig, außer bei Knochen- und Drüsentuberkulose beim Skrophuloderma, bei den tuberkulösen Fisteln, den Tuberkuliden, insbesondere dem Lichen scrophulosorum. Der letztere sowie das Erythema induratum und das papulonekrotische Tuberkulid reagieren auch am merklichsten günstig auf die sonst nicht zuverlässige Tuberkulinbehandlung. Solche tuberkulösen Hauterkrankungen, denen eine Lymphdrüsentuberkulose, eine Knochen- und Gelenktuberkulose zugrunde liegen, reagieren günstig auf Röntgenstrahlen. Für den Schleimhautlupus scheint die galvanokaustische Behandlung noch die besten Ergebnisse zu zeitigen. In der speziellen Behandlung der Hauttuberkulose kommen die chemischen, die chirurgischen und die physikalischen Methoden in Betracht. Unter den ersteren hat sich das Pyrogallol bewährt, auch zur Verbreitung und Unterstützung der physikalischen Behandlung. Unter den chirurgischen Methoden steht die totale Exzision bis weit ins Gesunde hinein an erster Stelle, wo die kosmetische Rücksicht es zuläßt. Die physikalischen Methoden umfassen die Bestrahlung mit Finsen-, Quarzlampen- und Röntgenlicht und die Radium- und Mesothoriumbestrahlungen. Im wesentlichen soll man sich nicht auf eine Behandlungsmethode beschränken, sondern eine kombinierte Therapie treiben.

Biberstein-Gleiwitz.

- 17) **Tuberculose miliaire en nappe de la gencive et de la lèvre**, par Chompret. (Bull. Soc. fr. de Dermatologie. 1913. Juni.)

Der 18jährige, an einer bis dahin nicht erkannten Tuberculosis pulmonalis, leidende Mann zeigt am rechten Unterkiefer, auf dem Zahnfleisch, im Vestibulum oris, auf der Lippe eine ausgedehnte, rötliche, gegen die blasse gesunde Schleimhaut scharf abstehende Zone, von kleinen grauen und gelben, vereinzelt oder konfluierenden Punkten durchsetzt, die dort, wo sie schon aufgebrochen sind, zu oberflächlichen Ulcerationen von allen Größen und Formen Anlaß geben. Die einen gleichen den Löchern eines Schaumlöffels, die anderen, größeren, sehr unregelmäßigen, bilden weißgraue Inseln. Die vier Monate alte Injektion hat am Hals eines gesunden Zahnes begonnen und ist heute über 4 cm lang. Keine spontanen Schmerzen, keine Drüsen. Im Exsudat zahlreiche Tuberkelbazillen.

H. Netter-Pforzheim.

- 18) **Die Leprabazillen in der Milch von Leprakranken**, von Sugai und Monobe. (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. Nr. 4.)

Bei leprakranken Müttern werden gelegentlich Leprabazillen in der Milchdrüse gefunden, doch scheint diese im allgemeinen kein günstiger Nährboden für die Lepraerreger zu sein.

Pürckhauer-Dresden.

- 19) **Singolari formazioni di elastina entro cellule giganti in casi di lepra**, per Lombardo. (Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Verf. fand in zwei Fällen von Lepra in maculösen, papulösen und Knoteneffloreszenzen in Riesenzellen sternartige, 13—50 μ große, mit dem für elastische Faserfärbung geeigneten Methoden besonders gut nachweisbare, meist

einzelnen vorkommende, zuweilen aber bis zu sechs in einer Zelle liegende Körperchen. Ähnliche Körperchen hat auch Cappelli in tiefen subkutanen Knoten beobachtet und glaubt nicht, daß dieselben aus der Riesenzelle selbst gebildet werden, wohl aber dort sich zu ihrer Sternform entwickeln.

Dreyer-Köln.

- 20) **Leprabazillen im kreisenden Blute der Leprakranken und im Herzblute eines Fötus**, von Rabinowitsch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Verf. gelang der Bazillennachweis im kreisenden Blut und im Herzblut eines Fötus. Er glaubt, daß die Bazillen auf hämatogenem Wege von der Mutter auf das Kind intrauterin übertragen werden können.

Lengsfeld-Brandenburg a/H.

- 21) **Serologische Untersuchungen bei Leprösen**, von B. Möllers. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 13.)

Das Serum der an der tuberösen oder der gemischten Form der Lepra leidenden Patienten war in 95 bzw. 100% der untersuchten Fälle imstande, gegenüber Tuberkulinpräparaten eine positive Komplementbindung zu geben, während die anästhetische oder nervöse Form nur in 25% ein positives Komplementbindungsergebnis zeigte. Im Blutserum der Leprösen fanden sich komplementbindende Antikörper in stärkerem Maße gegenüber der Bazillenemulsion als gegenüber Präparaten aus der Kulturflüssigkeit der Tuberkelbazillen. Aus dem Befund von Tuberkulose-Antikörper im Blutserum Lepröser läßt sich ein Rückschluß auf eine gleichzeitig bestehende Tuberkulose nicht ziehen. Die Komplementbindung der Lepräsera gegenüber den Tuberkulosepräparaten tritt um so stärker auf, je mehr sich die Fälle von der anästhetischen Form entfernen und der gemischten und tuberösen Form nähern. Es scheint daher, daß diese Eigenschaft mit der größeren Ausdehnung der leprösen Krankheitsherde im Organismus zusammenhängt, wofür auch die Beobachtung spricht, daß bei ausgeheilten Lepra die Reaktion negativ ausfiel.

Schourp-Danzig.

- 22) **Anaphylaxie lepreuse**, von H. Gougerot. (Lepra. Bibliothek. internat. XIII. 1913. Fasc. 4.)

Sowohl die klinischen Beobachtungen wie die Tierexperimente des Verf. ergaben eine kreuzweise passive Anaphylaxie des tuberkulösen und leprösen Serums. Leprolin erzeugte in subkutanen Injektionen bei Tuberkulösen positive Reaktionen, Tuberkulin bei Leprösen ebenfalls. Die genaueren Vergleiche zwischen der Wirkung des Tuberkulins auf Lepra, des Leprolins auf Tuberkulose erwiesen zwar nicht die absolute Spezifität beider Toxine, indessen ist Agglutination und Fixation die gleiche, und beide Sera sensibilisieren zwar hauptsächlich den Bazillus ihrer Herkunft, in geringerem Grade aber auch den Bazillus der Nachbargruppe. Verf. erhofft von der weiteren Erforschung der Anaphylaxie auch eine heilkräftige Vakzinotherapie der Lepra. J.

Syphilis.

- 23) **Über den Einfluß der modernen Syphilisforschung auf die Syphilisbehandlung in Badeorten**, von Touton. (Ärztliche Festschrift zur Eröffnung des Städtischen Kaiser-Friedrich-Bades in Wiesbaden. Wiesbaden, Bergmann, 1912.)

Es scheint so, als ob von einzelnen jüngeren Syphilidologen die Be-

rechti gung zur Vornahme von Einreibungskuren immer mehr eingeschränkt wird. Daher verdient es die größte Beachtung, wenn ein Arzt von der großen Erfahrung des Verf.'s zu dem Schluß gelangt, daß eine regelmäßig und gut ausgeführte Inunktionskur, wenn möglich kombiniert mit allen Vorzügen eines Kochsalzbades, eine ausgezeichnete Behandlung der Syphilis darstellt. Natürlich sollen daneben Salvarsan und Jod nicht vernachlässigt werden, um einen günstigen Erfolg zu erzielen. J.

24) **Les réactions nerveuses tardives et la meningo-vascularite syphilitique,** par P. Ravaut. (Presse médicale. 1912. März.)

Auf Grund längerer Beobachtungen betont Verf., daß die Wirkung des Salvarsan durchaus nicht so einfach sei, daß sich die Behandlung mit diesem Mittel in eine gemeinsame Formel für alle syphilitischen Patienten zusammenfassen ließe. Bei irgendwelchen Läsionen des Nervensystems sei größte Vorsicht, vielleicht völliges Ausschalten des Arsenpräparats geboten. Erschienen die Nerven gesund, so konnten Salvarsan- und Quecksilberinjektionen à je 4 Dosen in den nötigen Abständen ohne schädliche Nebenwirkungen gegeben werden und erzielten schnelle Besserung der Symptome sowie Negativwerden der Wassermannreaktion. J.

25) **Äthylhydrocuprein und Salizylsäure als Adjuvantien des Salvarsans,** von Morgenroth u. Tugendreich. (Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 26.)

Nach ihren Versuchen halten es die Verff. für erlaubt und geboten, die Kombination von Salvarsan, Äthylhydrocuprein und Natr. salicyl. in dem Indikationsgebiet des Salvarsans anzuwenden. Lengefeld-Brandenburg a/H.

26) **Darf das Neosalvarsan ambulant angewandt werden?** von Wolf und Mulzer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 19.)

In ihrer Erwiderung auf Touton warnen die Verff. erneut vor der ambulanten Anwendung des Neosalvarsans wegen seiner größeren Giftigkeit. Lengefeld-Brandenburg a/H.

27) **Sieben Fälle von zerebralen Erkrankungen nach Salvarsanbehandlung,** von V. Caesar. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Juli.)

Das Salvarsan entfaltet eine Giftwirkung auf die Kapillaren des Gehirns, die in ausgesprochenen Fällen in Lähmung ihrer kontraktilen Elemente besteht. Zum Zustandekommen der Enzephalitis müssen im allgemeinen zu der Kapillarvergiftung durch das Salvarsan noch andere Kapillarschädigungen hinzutreten. Infolgedessen ist vor jeder Salvarsananwendung die Anamnese über frühere Einwirkung aller uns bekannten Kapillar- und Gefäßgifte überhaupt und die Untersuchung auf entsprechende Stigmata besonders sorgfältig vorzunehmen. Alle Kranken, bei denen eine herabgesetzte Widerstandskraft der Hirnkapillaren auch nur vermutet werden darf, sind von der Salvarsantherapie auszuschließen. Nach des Verf.'s Ansicht spielen bei der Kapillarschädigung, abgesehen von direkten Gefäßerkrankungen, wie z. B. Arteriosklerose, eine besondere Rolle die chronischen Vergiftungen, allen weit voran der Alkohol, ferner frühere oder bestehende Erkrankungen des Zentralnervensystems, die Anwesenheit von Infektionskeimen vieler Fäulnistoxine im Körper zur Zeit der Infektion, oder kurz vorher. Immerwahr-Berlin.

28) **Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder,** von S. Wolff. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Das Kind einer während ihrer Gravidität im fünften Schwangerschaftsmonat mit Salvarsan sehr energisch behandelten Mutter gedieh anfangs ausgezeichnet, bis es an foudroyanter Syphilis zugrunde ging. Schourp-Danzig.

- 29) **Die experimentelle Analyse der Salvarsanwirkung. Beitrag zur Indikationsstellung des Salvarsans**, von Luithlen. (Zeitschrift f. experiment. Pathologie und Therapie. XIII. 1913.)

Verf. hat an Kaninchen, Mäusen und Hunden vergleichende Untersuchungen über die Wirkung von Arsenik und Salvarsan angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Alkalisches Salvarsan ist für Kaninchen und Hunde 3—4 mal weniger giftig als Natrium arsenicosum und wird im Vergleich mit Salvarsan in saurer Lösung vom Kaninchen in 20 facher, vom Hunde in 10 facher Menge vertragen. Daher ist die Giftigkeit des Salvarsans nicht auf den Arsenikgehalt zurückzuführen. Hohe Dosen von Natrium arsenicosum bewirken Temperaturabfall, mittlere vorübergehende Erniedrigung, ganz niedrige Temperatursteigerung. Dagegen führen selbst höhere Salvarsandosen keinen Temperaturabfall herbei. Wird Salvarsan bei der Injektion an der Vene vorbei ins Gewebe gespritzt, tritt Nekrose und Entzündung auf; dasselbe gilt nicht vom Arsenik. Salvarsan verursacht in alkalischer und saurer Lösung Gefäßkontraktion, Natrium arsenicosum Gefäßerweiterung. Der Blutdruck wird bei Salvarsan nur gesteigert, wenn ein Überschuß von Alkali vorhanden ist. Salvarsan macht Herzerweiterung, so daß also keine primäre Gefäßschädigung vorliegt, ferner Schwankungen im Füllungszustand der Gefäße. Natrium arsenicosum beeinflusst dagegen nicht die Herzkurve, sondern nur den Blutdruck. Bei der Untersuchung auf schädliche Nebenwirkung des Salvarsans geht Verf. von der klinischen Erfahrung aus, daß sie hauptsächlich in der Sekundärperiode der Lues auftreten und ist der Ansicht, daß die Schädigung des Organismus auf die durch das luetische Virus und die Toxine gesetzte Schädigung der Gefäße zurückzuführen ist. Mäuse, die durch Röntgenbestrahlung Gefäßschädigung erfahren haben, kamen ad exitum nach Injektion von Salvarsan, nicht aber von Natrium arsenicosum. Die Obduktion ergab hauptsächlich Blutungen in Leber, Lunge, Niere, vor allem im Gehirn, in zweiter Linie Zellveränderungen, so daß Verf. von einer Encephalitis hämorrhagica sprechen zu dürfen glaubt. Schädigungen der Gefäße durch chemische Mittel ergeben bei Adrenalin nach der Salvarsaninjektion leichte Thrombenbildung, nach kleinen Urandosen in einzelnen Fällen Blutungen. Praktisch wichtig ist die Frage, wie Salvarsan und Sublimat kombiniert wirken. Mit Sublimat vorbehandelte Mäuse gehen ein; daher soll man beim Menschen auf Salvarsan verzichten, wenn durch Hg eine Nierenschädigung gesetzt ist. Aus seinen Betrachtungen zieht Verf. folgende Schlüsse: 1. Die akute Wirkung des Salvarsans ist keine Arsenionenwirkung, sondern die der ganzen komplexen Verbindung. 2. Salvarsan ist in richtiger Dosierung und bei fehlerloser Injektionen ein relativ unschädliches Mittel. 3. Die akute tödliche Vergiftung des gesunden Organismus mit hohen Salvarsandosen ist auf Herzwirkung zurückzuführen. Bei krankem Organismus, besonders bei geschädigtem Gefäßsystem, treten dagegen bereits auf Salvarsangaben, die keine wesentliche Schädigung des Herzens herbeiführen, durch Einwirkung auf die krankhaft veränderten Gefäße schwere Erscheinungen, unter Umständen der Tod ein.

Barinbaum-Berlin.

- 30) **Die experimentelle und klinische Analyse des „Salvarsanfiebers“**, von Luithlen und Mucha. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 23.)

Verff. glauben, daß der Wasserfehler und der Spirochätenzerfall nicht genügend das nach Salvarsaninjektion auftretende Fieber erklären. Denn dieses trete nicht nur bei aller auf die Zubereitung des Wassers verwendeten

Sorgfalt auf, sondern auch bei nichtluetischen Erkrankungen (Mycosis fungoides, Lupus vulg., Psoriasis). Bei Behandlung von Kaninchen mit Salvarsan haben die Verff. folgende Beobachtungen gemacht. Saure Lösungen verursachen immer Fieber, alkalische dagegen nur dann, wenn durch fehlerhafte Injektion Salvarsan ins Gewebe gerät. Das gleiche Resultat wurde nach Unterbindung der Milzgefäße erzielt. In ersterem Falle fand man immer entzündliche Schwellung des Ohres vor mit später nachfolgender teilweiser Nekrose, in letzterem nach der Obduktion statt der Milz ein von Schwielen eingebettetes nekrotisches Gewebe. Die Verff. glauben aus diesen beiden Befunden den Schluß ziehen zu können, daß das Salvarsan nicht durch Einwirkung auf das Temperatur regulierende Zentrum das Fieber bedingt, sondern „daß infolge Einwirkung des Salvarsans entweder normales Gewebe (bei fehlerhafter Injektion) oder pathologisches Gewebe zerfällt, die Zerfallsprodukte in den Kreislauf gelangen und das Fieber“ verursachen. Trotz dieser Ergebnisse wollen die Verff. aber auch nicht auf den Spirochätenzerfall als eine Erklärung für das Fieber verzichten. Bei Beobachtung klinischer Fälle hat er gefunden, daß das Fieber am häufigsten bei Lues I mit positivem Wassermann auftritt, also in dem Stadium, in dem grade der Organismus vom Virus überschwemmt wird.

Barinbaum-Berlin.

- 31) **Salvarsanvergiftung und Überempfindlichkeit gegen Arsenik**, von K. Brandenburg. (Medizinische Klinik. 1913. Nr. 27.)

Ausführliche Mitteilung der Beobachtungen an zwei Fällen schwerer Schädigung durch Salvarsan, eine Armlähmung und ein Todesfall. Beide Fälle sind nur als akute Arsenvergiftungen zu deuten. Biberstein-Gleiwitz.

- 32) **Quecksilber und Salvarsan in ihrer Wirkung auf die Blutströmung nach mikroskopischen Beobachtungen am lebenden Tier**, von G. Bicker und R. Foelsche. (Med. Klinik. 1913. Nr. 31.)

Direkte Beobachtungen des Blutstroms der kleinen Gefäße und Kapillaren nach subkutaner Injektion von Sublimatlösung in tödlicher Dosis ergaben eine auf Konstriktorenwirkung beruhende dauernde Verengung der abdominalen Arterien mit zunehmender Herzschwäche, die sich in Venenerweiterung und Blutverlangsamung äußert. Eine allgemeine Gefäßerweiterung bleibt aus, die Konstriktoren behalten dauernd ihre Erregbarkeit. Auf ein durch andere Reize in dauerhaften abnormen Erregungszustand versetztes Gefäßnervensystem, z. B. das des Pankreas nach Unterbindung seines Ganges, wirken subkutane Sublimatdosen atypisch, und zwar derart, daß statt Verengung Erweiterung der noch erweiterten oder bereits wieder engen Strombahn zustande kommt, die mit Verlangsamung des Blutstroms verbunden ist. Salvarsan und Neosalvarsan unter denselben Versuchsbedingungen in nicht tödlicher Dosis gegeben, erzeugten ausnahmslos nach anfänglichen Schwankungen in der Strombahnweite Stase und hämorrhagische Infarzierung. Nach den bisherigen Beobachtungen wirken die Hg- und As-Verbindungen auf das Nervensystem außer des Herzens auch der Blutbahn und üben auf einen Locus minoris resistentiae eine andere Wirkung aus als auf ein Gebiet mit normaler Erregbarkeit; die Quecksilberverbindungen zeigen eine nach der Stase hin tendierende Wirkung, während die Arsenpräparate, speziell Salvarsan und Neosalvarsan, Stase und Blutungen erzeugen. Biberstein-Gleiwitz.

- 33) **Über die Tragweite der Spirochätenbefunde bei progressiver Paralyse**, von A. Hoche. (Medizinische Klinik. 1913. Nr. 27.)

Klinische Erfahrungen führen zu der Vorstellung von besonderen Spiro-

chätenstämmen, deren Stoffwechsel eine besondere Affinität zum Nervensystem zeigt. Die klinischen Verlaufseigentümlichkeiten sprachen für eine allgemeine toxische Beeinflussung, nicht für eine lokale Wirkung von Mikroorganismen. Für die hauptsächlichsten Fragen der Paralysepathologie hat sich durch den Noguchischen Spirochätennachweis nichts geändert. Biberstein-Gleiwitz.

- 34) **Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux**, par Levaditi, Marie et Bonkowski. (Gaz. d. hôpitaux. 1913. Nr. 54.)

Die Beobachtungen der Verff. betreffen sechs Fälle von Paralyse mit konstanter Anwesenheit der Spirochaete pallida in der Hirnrinde. Wegen der Schwierigkeit der Argentumimprägation der Nervenfasern ist die Schnittmethode unzuverlässig, die Verff. untersuchten daher das Gehirn in frischem Zustand mittelst des Ultramikroskops und Färbung der Brocken mit chinesischer Tusche. Die Quantität der Mikroben ändert sich von Fall zu Fall, ebenso die Topographie; frappant ist die Anordnung der Spirochäten in zirkumskripten Herden. Die Proliferation scheint in sukzessiven Schüben zu geschehen und es bestand eine frappante Analogie zwischen dem Auftreten dieser Schübe und dem periodischen Auftreten von spezifischen Haut- und nervösen Erscheinungen. Es ist wahrscheinlich, daß apoplektiforme Anfälle diesen akut auftretenden Schüben entsprechen. P. Cohn-Berlin.

- 35) **Nachweis von lebenden Spirochäten im Gehirn von Paralytikern**, von E. Forster und E. Tomaszewski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Bei zwei Paralytikern benutzten die Verff. die Neisser-Pollaksche Hirnpunktion zur Gewinnung frischen Materials und konnten lebende Spirochäten nachweisen. In vier weiteren Fällen fanden sie keine Spirochäten. Schourp-Danzig.

- 36) **Zur Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse**, von Raecke. (Deutsche med. 1913. Nr. 28.)

Salvarsan schadet den Paralytikern bei vorsichtiger Anwendung nicht. Es scheint im Gegenteil Häufigkeit und Dauer der Remissionen zu fördern und das Leben zu verlängern. Ob die Besserungen alle durch Salvarsan an sich bedingt sind und ob sie Bestand halten werden, kann nur eine jahrelange Beobachtung entscheiden. Jedenfalls ist es schon heute bei der Schwere des Leidens und bei der sonst infausten Prognose zweckmäßig, den Paralytikern bzw. ihren Angehörigen den Versuch einer methodischen Salvarsankur zu empfehlen. Schourp-Danzig.

- 37) **Recherches sur la perméabilité à l'arsenic des méninges normales et pathologiques**, par J. Tinel et J. Leroide. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 1073.)

Auf dem Wege zu einer erfolgreicherer Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des zentralen Nervensystems ist ein neuer Fortschritt zu verzeichnen. Die von den Verff. mitgeteilten experimentellen Ergebnisse und klinischen Beobachtungen erwecken die begründete Hoffnung, durch künstlich erhöhte Permeabilität der Meningen die Wirksamkeit von Arsen (Neosalvarsan) wesentlich steigern zu können. Die Verff. stützen sich dabei auf Versuche an Kaninchen, bei denen nach Eintritt einer durch Injektion von nukleinsauerm Natron hervorgerufenen Meningitis eine beträchtliche Menge von Arsen in den Liquor cerebrospinalis übergegangen war. Auch beim Menschen scheint nach Beobachtungen an Patienten, die an syphilitischer Meningitis (Tabes, Paralyse)

litten, der Grad der Durchgängigkeit für Arsen ungefähr der Intensität der entzündlichen Erscheinungen an den Hirnhäuten zu entsprechen. Endlich versuchten sie in Krankheitsfällen den entzündlichen Zustand der Meningen durch subkutane Injektionen von 10 ccm einer 1%igen Lösung von nukleinsaurem Natron zu steigern, um dem Arsen den Durchtritt zu erleichtern. An die heftigen Schmerzen, die diesen kombinierten Injektionen zu folgen pflegen, schließt sich häufig eine entschiedene Besserung des Krankheitszustandes an, was auch für ein anderes Agens zur Hervorrufung von Hyperleukozytose gilt, nämlich für kräftige Injektionen von Enesol. B. Solger-Bad Kissingen.

- 38) **Angebliche Reinfektionen mit Syphilis nach Salvarsanbehandlung**, von C. Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Die bisherigen Erfahrungen über anscheinende Neuansteckungen mit Salvarsan behandelter Syphilitiker berechtigen nicht zu der Annahme, daß es sich wirklich um Neuansteckung wirklich Geheilter handelt und nicht um Superinfektionen. Es liegt im Interesse der Patienten, sich über die Heilung auch bei negativem Wassermann-Ausfall sehr vorsichtig auszusprechen. Von den Grundsätzen für den Ehekonsens und von der Forderung der chronisch-intermittierenden Behandlung im Sinne von Fournier-Neisser ist bis auf weiteres nicht abzugehen, auch bei den mit Salvarsan behandelten Syphilitikern.

Schourp-Danzig.

- 39) **Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjektionen**, von C. Stern. (Dermatol. Wochenschrift. 1913. Nr. 24.)

Verf. zeigt, daß die von A. Strauss beschriebene Anwendung konzentrierter Salvarsan- bzw. Neosalvarsaninjektionen absolut identisch ist mit der auf Verf.'s Klinik seit Anfang 1912 im Gebrauch befindlichen und mehrfach bekannt gegebenen Methodik. Die von Strauss angegebene Nadel hält Verf. für sehr entbehrlich.

Schourp-Danzig.

- 40) **Über eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetischer Basis**, von A. Tryb. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 28.)

Fall eines 52jährigen Mannes mit Syphiloma hypertrophicum tuberosum, Acanthoma papillare labii oris.

Schourp-Danzig.

- 41) **Ein Fall von Syphilis der Prostata?** von M. Hesse. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Ein 35 jähriger Mann, der vor 9 Jahren Lues erwarb, klagte über Harnbeschwerden. Für Gonorrhoe lag kein Anhaltspunkt vor. Die Prostata war im ganzen etwas vergrößert und härter, hauptsächlich aber im rechten und mittleren Anteil, rechts ließ sich außerdem ein etwa haselnußgroßer, derber Tumor deutlich abgrenzen. Die Wassermannreaktion fiel positiv aus. Der Patient erhielt 0,3 und 0,4 Salvarsan und 12 Injektionen von je 2 ccm Asurol. Schon nach der ersten Salvarsaninjektion fühlte sich der Mann fast frei von Harnbeschwerden. Objektiv war die Prostata nach der Kur normal groß, etwas derber, nicht schmerzhaft, der Tumor im rechten Lappen verschwunden.

Schourp-Danzig.

- 42) **Syphilisprophylaxe mit der Chininsalbe**, von J. Schereschewsky. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 28.)

Empfehlung der 40%igen Chininsalbe zur Prüfung bei der Prostitution und bei der Marine. Durch ihre Dauerwirkung kommt der Salbe ein großer praktischer Wert zu.

Schourp-Danzig.

- 43) **Zur Quecksilberresorption bei der Schmierkur**, von H. Boruttau. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 29.)

Die absoluten und Durchschnittswerte der Quecksilberresorption sind beim Hg-Vasogen höher als bei der gleichen Dosis Unguentum cinereum; nach den Ergebnissen der Tierversuche wäre das Mehr auf stärkere Hg-Resorption von der Haut aus zu beziehen. Es läßt sich also diese durch Wahl geeigneter Salbengrundlage beeinflussen und gegenüber der Hg-Aufnahme durch Einatmung günstiger stellen.

Schourp-Danzig.

- 44) **Zur Kontraluesinbehandlung**, von E. Richter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Eingehende Darlegung der Technik der Kontraluesininjektionen.

Schourp-Danzig.

- 45) **Syphilis und Neurasthenie**, von W. Krebs. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 28.)

Sowohl im akuten wie im chronischen bzw. Spätstadium der syphilitischen Erkrankung gibt es eine syphilitische Neurasthenie. Bei allen Neurasthenikern mit zugestandenerluetischer Infektion oder mit berechtigtem Verdacht auf sie ist die Wassermannreaktion des Blutes anzustellen, bei negativem Resultat auch die spezifische Untersuchung des Lumbalpunktats. Bei positivem Ausfall ist eine antisymphilitische kombinierte Kur — Hg, Salvarsan, Jod — einzuleiten und mit ihr eine die Nerven und den Gesamtorganismus stärkende Kur zu verbinden. Es ist zweckmäßig, wenn die Syphilitiker nicht nur in den ersten 2—3 Jahren nach der Infektion mehrere spezifische Kuren, sondern auch für die Folgezeit alljährlich eine solche, bei verdächtigen neuen Krankheitszeichen natürlich mehr gebrauchen.

Schourp-Danzig.

- 46) **Hör- und Gleichgewichtsstörungen bei Lues**, von O. Voss. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Die im Verlaufe einer Lues auftretenden Erkrankungen des inneren Ohres sind fast ausnahmslos Folge der Allgemeinerkrankung. Das häufige Auftreten derartiger Erkrankungen im sekundären Stadium der Lues seit Einführung des Ehrlichschen Salvarsans ist auf eine Unterdosierung dieses Mittels zurückzuführen. Die zugrunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen sind Teilerscheinungen einer gleichzeitig bestehenden Meningitis cerebrospinalisluetica. Sie bestehen in neuritischen Veränderungen des Nervus acusticus und in entzündlichen Erscheinungen von dessen peripherischen Endorganen. Der Sitz der Affektion kann ein- oder doppelseitig sein. Sie kann den Nervus acusticus im ganzen oder nur dessen Komponenten: cochlearis bzw. vestibularis sowie deren peripherische Endorgane im inneren Ohr einzeln oder gleichzeitig betreffen. Die Prognose derluetischen Acusticuserkrankungen im Frühstadium der Lues ist um so günstiger, je früher und je energischer die Behandlung durchgeführt wird. Die beste Therapie ist eine energische kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung. Zur Unterstützung können noch innerliche Gaben von Jodkali und Schwitzprozeduren (Zittmann) hinzutreten. Die Gesamtmenge der erforderlichen Salvarsanmengen pflegt die anfänglich üblichen Dosen meist um das Vielfache zu überschreiten, ohne daß schädigende Wirkungen des Mittels zu befürchten sind.

Schourp-Danzig.

- 47) **Erfahrungen mit Jodostarin „Roche“ bei der Behandlung der Syphilis**, von E. Bäumer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 28.)

Das Jodostarin, das unter den organischen Jodpräparaten bisher den höchsten prozentualen Jodgehalt besitzt, zeigt eine gute und prompte Wirkung, wobei man die Dosis je nach den Anforderungen des Falles bestimmen muß. Das Mittel vermeidet die Nachteile des Jodkaliums, erzeugt keinen oder nur

selten Jodismus, hat keinen unangenehmen Geschmack und der relativ billige Preis ermöglicht auch eine Verwendung des Mittels in der Kassenpraxis.
Schourp-Danzig.

- 48) **Un cas de tabes grave amélioré par le néo-salvarsan**, per Leredde.
(Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Juni.)

Verf. stellt eine tabische Frau vor, welche seit Ende April 1912 25 Injektionen Neosalvarsan, die Mehrzahl zu 0,9 g, einige auch zu 1,05 g, erhalten hatte. Zu Beginn der Behandlung war sie in einem nahezu kachektischen Zustand; an schwerer Ataxie leidend, fiel sie hin, wenn sie keinen Stützpunkt hatte. Schreiben war unmöglich. Täglich traten blitzartige Schmerzen in den Extremitäten auf, verbunden mit thorakalen und abdominalen Schmerzen, von einer Heftigkeit, daß die Kranke auf Selbstmordgedanken kam. Ein äußerst qualvoller rektaler Tenesmus, zu jeder Stunde des Tages sich einstellend, komplizierte „diese miserable Situation“. Heute nun (am 5. Juni 1913) geht diese Kranke, welche vielleicht zum Tode verurteilt war, allein, macht täglich mehrere Kilometer, passiert allein die Boulevards, kann tanzen und sogar einige Sprünge nach der Seite machen. Schreiben normal. Die Schmerzen der Beine und des Rumpfes sind verschwunden. Der Tenesmus dagegen ist noch, wenn auch nur morgens und für 2—3 Stunden, vorhanden. Der allgemeine Gesundheitszustand ist gut, die Regel ist wiedergekehrt, ebenso der Schlaf. Die im Beginn der Behandlung positive Wassermannreaktion ist negativ geworden.

Netter-Pforzheim.

- 49) **Alcuni casi di sifilide, lepra e psoriasi trattati col 606**, per A. Seera.
(Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 2.)

36 Fälle von Syphilis, 3 Leprafälle (1 tuberöser, 1 anästhetischer und 1 gemischter Fall) und 1 Fall von diffuser Psoriasis vulgaris wurden mit Salvarsan behandelt. Die Spirochäten konnten ausnahmsweise noch nach 28 bzw. 20 Tagen nach Injektion von 0,6 bzw. 1,1 Salvarsan nachgewiesen werden. Eine Herxheimersche Reaktion wurde nicht bloß bei Syphilis, sondern auch in dem Falle von Psoriasis beobachtet und dauerte hier 2 bis 3 Tage. Verf. will die vasodilatorische Wirkung der Arsenpräparate hierfür verantwortlich machen. Nur in 26,66 % der Fälle wurde die Wassermannsche Reaktion nach Salvarsanbehandlung der Syphilide negativ und diese Prozentzahl sinkt sogar auf 16,66 %, wenn die gleichzeitig mit Quecksilber behandelten Fälle nicht mit berücksichtigt werden. In den Leprafällen wurde außer einer leichten Besserung des Allgemeinbefindens in einem Falle sonst kein Resultat erzielt, ebenso nicht in dem Psoriasisfall. Rezidive wurden bei Lues in 44,44 % der Fälle beobachtet. Die Wirkung des Salvarsans auf die Syphiliserscheinungen war im allgemeinen eine schnellere als bei Quecksilbergebrauch. In anderen Fällen stand sie indes hinter dem Quecksilber zurück, und einmal war sie gleich Null.

Dreyer-Cöln.

- 50) **Zur Klinik der Blasensyphilis**, von A. Dreyer. (Dermatolog Zeitschrift. 1913. Juni u. Juli.)

Die Syphilis der Blase kann als besonders seltene Erkrankung nicht angesehen werden. Die Krankheit tritt sowohl im sekundären, besonders aber im tertiären Stadium der Syphilis auf. Das klinische Krankheitsbild hat keine pathognomonischen Zeichen, sondern kann dem Bilde des chronischen Blasenkatarrhs, der Cystitis tuberculosa und der Blasentumoren gleichen und damit verwechselt werden. Ausnahmsweise ist die Erkrankung mit Steinbildung in der Blase und infolge Durchbruchs eines gummösen Geschwürs

mit Blasendarmfistel kompliziert. In der Blase findet man Papeln und Geschwüre in der Frühperiode, in der tertiären Periode gummöse, glatten und papillamatösen Geschwülsten ähnelnde Tumoren, gummöse Geschwüre mit und ohne Inkrustationen und eventuelle Fistelbildung und ausnahmsweise interstitielle Veränderungen, die der Blasenschleimhaut ein parkettähnliches Aussehen verleihen. Bei Zystitis, die der üblichen Therapie trotz, bei Mangel von Reaktionen, auch in Tuberkelbazillen im eitrigen Blasensediment, bei Blasenblutungen aus unbekannter Ursache und bei zystoskopisch festgestellten Tumoren, Geschwüren oder interstitiellen Entzündungen soll auch auf Syphilis gefahndet und besonders die Wassermannsche Reaktion angestellt werden. Die Prognose der Blasensyphilis ist im allgemeinen eine günstige. Die Heilung erfolgt ziemlich schnell. Doch gibt es auch ältere, nur sehr energischer Therapie weichende Fälle. Bei fortgeschrittener interstitieller Form konnte bisher nur Besserung, keine Heilung erzielt werden. Therapeutisch haben sich Jod, Quecksilber und Salvarsan als wirksam erwiesen. Der kombinierten Methode scheint der Vorzug zu gebühren. Immerwahr-Berlin.

- 51) **Über den Weg der Infektion bei Trypanosomen- und Spirochäten-erkrankungen**, von Schuberg und Böing. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 19.)

Die mit dem Blut in den Körper des Versuchstieres intrakutan eingeführten Trypanosomen gelangen sehr rasch aus dem Blut in die Lymphspalten des Coriums, in diesem weiter und durch das Unterhautbindegewebe in die benachbarte Lymphdrüse, vermehren sich dabei sehr stark auch in der Drüse noch, sind ferner in Drüsen der gleichen Körperseite in großer Menge nachweisbar noch bevor sie im peripherischen Blut überhaupt oder in nennenswerter Weise aufgefunden werden können. Daraus ergibt sich die Folgerung, daß die untersuchten — und wahrscheinlich wohl alle — Trypanosomen mindestens zuerst und vielleicht wohl überhaupt nicht nur als Parasiten des Blutes, sondern in nicht geringerem Grade und sogar in erster Linie als Parasiten des Lymphgefäßsystems anzusehen sind. Schourp-Danzig.

- 52) **Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen**, von P. Uhlenhuth und P. Mulzer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 19.)

Tierexperimentelle Untersuchungen ergaben, daß die Milch syphilitischer Frauen unter Umständen infektiös sein kann. Schourp-Danzig.

- 53) **Das Ende der Parasyphilis**, von S. Politzer. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 19.)

Der von Noguchi gelieferte Nachweis von Spirochäten im Gehirn bei progressiver Paralyse zeigt, daß die Parasyphilis eine disseminierte Spirillose des Gehirns und Syphilis per se ist. Schourp-Danzig.

- 54) **Über den Zeitpunkt derluetischen Infektion des Fötus und dessen klinische Bedeutung**, von J. Trinchese. (Beitr. z. Geburtshilfe u. Gynäkologie. XVIII. 1913.)

Verf. zieht aus seinen Erfahrungen den Schluß, daß eine paterne Infektion nicht vorkomme und führt auch gegen die Annahme einer okulären Infektion biologische Grundsätze und klinische Beobachtungen ins Feld. Ferner hält er eine Infektion in den ersten Monaten der Schwangerschaft zwar nicht für unmöglich, aber noch in keinem Falle für bewiesen und legt die Infektion des Fötus fast stets in die zweite Hälfte der Schwangerschaft. Die Aborteluetischer Frauen schreibt Verf. nicht der Lues, sondern anderen Ursachen zu. Die fötale Lues verläuft kurz und akut, beginnt und endet gewöhnlich inner-

halb des intrauterinen Lebens. Werden Kinder mit Syphilis lebend geboren, so ist dies ein Zeichen, daß die Infektion kurz vor der Geburt stattfand, meist sind solche Föten vollkommen oder fast völlig ausgetragen. Eine Rettung des Kindes durch energische Quecksilberbehandlung der Mutter hält Verf. nur für wahrscheinlich, wenn die Kur vor Infektion des Fötus einsetzt, besonders vor der Mitte der Schwangerschaft. Daher sei bei Verdacht auf Syphilis die Behandlung der schwangeren Frau ohne Zögern zu beginnen. J.

- 55) **Zur diagnostischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion**, von J. H. Schultz. (Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. 1913. H. 5.)

In dem vorliegenden Fall von Tabes und Psychose war die Anamnese einer zwar in der Ehe erworbenen Lues mit zuletzt tertiären Erscheinungen klar. Dennoch zeigten Blutserum und Liquor lumbalis negative Wassermann-Reaktion. Erst als durch eine Bewegung der sehr unruhigen Patientin ein Liquor-Blutgemisch zustande kam, wurde mit dem eigenen, aktiven Komplement die Reaktion positiv und auch die Auswertung mit höheren Liquordosen ergab stark positiven Befund. Die Kombination von Liquor lumbalis und eigenem Blutserum erwies sich als eine Verfeinerung der serologischen Untersuchung. J.

- 56) **Histopathologische Befunde am Zentralnervensystem syphilitischer Kaninchen**, von G. Steiner. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Entzündliche Gewebsreaktionen ließen sich in den bindegewebigen Hüllen wie auch an den Gefäßen im Zentralnervensystem der syphilitischen Kaninchen nachweisen; dagegen gelang der Nachweis primär-degenerativer Erscheinungen nicht.

Schourp-Danzig.

- 57) **Des moyens de reconnaître le tréponème pale en cultures pures**, par H. Noguchi. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 984.)

Da syphilitische Gewebe (von der Orchitis syphilitica des Kaninchens abgesehen) außer der *Spirochaeta pallida* noch andere saprophytische Spirochäten zu enthalten pflegen (wie *Treponema microdentium*, *mucosum*, *caligyrum*), die natürlich auch in die Kulturen übergehen, und da außerdem die Morphologie kein sicheres Kriterium für die Unterscheidung der Arten ist, stellt Verf. eine Reihe von wichtigen Kennzeichen für die *Spirochaeta pallida* zusammen, von denen wenigstens einige hier hervorgehoben werden sollen: Während *Spirochaeta pallida*, *microdentium* und *mucosum* in morphologischer Hinsicht einander sehr nahe stehen, unterscheidet sich die zuerst genannte Form von den beiden anderen dadurch, daß ihr Nährboden keinen unangenehmen Geruch ausströmt und daß sie sich nur in einem Medium entwickelt, dem steriles frisches Gewebe zugefügt worden war. Die spezifischen Reaktionen der Präzipitation und der Alexinfixation treten nur auf, wenn man Serum vom syphilitischen Kaninchenhoden (nach wiederholten Impfungen mit *Spirochaeta pallida*) mit einem wäßrigen Auszug von *Spirochaeta pallida* in Reinkultur mischt, sie bleiben aber bei Verwendung der Extrakte anderer Spirochäten aus. Auch die Luteinreaktion der Kaninchenhaut, bezüglich deren auf das Original verwiesen wird, ist eine für die *Spirochaeta pallida* spezifische.

B. Solger-Neiße.

- 58) **Klinische Erfahrungen mit Embarin**, von H. Sowade. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Embarin-Heyden erwies sich als gut wirksames Antisyphilitikum. Bei richtiger Technik sind die Injektionen schmerzlos. Treten während der Embarinkur heftige Nebenwirkungen auf — hohes Fieber, Schüttelfrost, Schwindel-

anfälle, Erbrechen oder gar Kollaps —, so ist von dem weiteren Gebrauch des Präparates Abstand zu nehmen.

Schourp-Danzig.

59) **Antiluetin, ein neues Mittel der Kombinationstherapie**, von M. Tsuzuki. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Verf. stellte eine neue Substanz her, das Bitartrato-Kaliumammonium-antimonoxyd, das er unter dem Namen „Antiluetin“ in den Handel bringt.

Schourp-Danzig.

60) **Die therapeutische Wirkung des Antiluetins**, von M. Tsuzuki, K. Ichibagase, H. Hagshi und Htano. (Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 21.)

Das Antiluetin weist als antisypilitisches Mittel allein und in Kombination mit den alten Antisypilitica gute Heilresultate auf; für den Menschen gilt als Dosis therapeutica sterilisans magna 0,75 Antiluetin. Je mehr man sich dieser Dosis nähert, um so sicherer ist der Heileffekt. Das Mittel wird subkutan injiziert, am besten in der Gegend zwischen den Schulterblättern.

Schourp-Danzig.

61) **Fibrolysin als Unterstützungsmittel spezifischer Kuren bei Lues**, von D. Berlin. (Med. Klinik. 1913. Nr. 27.)

8 Fälle, in denen Fibrolysin von vornherein neben Salvarsan und Quecksilber angewendet wurde, weisen keinen dem Fibrolysin zuzuschreibenden Erfolg auf. Dagegen zeigten die Beobachtungen an 14 Fällen, in denen das Fibrolysin nach vorausgegangener spezifischer Behandlung angewendet wurde, an die sich eine weitere spezifische Kur anschloß, einen unverkennbaren Erfolg.

Biberstein-Gleiwitz.

62) **Contributo allo studio delle reazioni consecutive alle iniezioni endovenose di neosalvarsan (toxicodermia arsenicale pemfigoide)**, per Vignolo-Lutati. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Ein im Sekundärstadium der Syphilis befindlicher 31jähriger Mann erhält 0,75 Neosalvarsan injiziert, worauf Übelkeit, Erbrechen, Diarrhöen und der spezifische Arsenatemgeruch auftreten. 8 Tage nach der Injektion bilden sich an Vorderarmen, Ober- und Unterschenkeln eine Anzahl Pemphigusblasen.

Dreyer-Cöln.

63) **Ricerche sperimentali sulla resistenza dei globuli rossi dopo le iniezioni endovenose di arsenobenzolo**, per Simonelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Verf. untersuchte bei 15 Kaninchen den Einfluß des Salvarsans auf die Resistenz der roten Blutkörperchen gegenüber der Hämolyse, der sowohl durch Neubildung widerstandsfähigerer Blutzellen wie auch durch Elimination alter Blutkörperchen zunahm. Diese Wirkung tritt besonders bei mittleren und wiederholten Dosen hervor.

Dreyer-Cöln.

64) **Das Lipojodin bei Syphilis**, von A. Roth. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

Die therapeutische Wirkung des Lipojodin bei der Dosierung von 2 bis 4 Tabletten à 0,3 g täglich ist sehr günstig, ohne daß die unangenehmen Nebenwirkungen der Jodalkalien zu befürchten sind. Da der Jodgehalt des Lipojodin im Organismus viel energischer ausgenützt wird und es speziell an den krankhaften Stellen zur Wirkung kommt, so kann man mit einer kleinen Dosis Lipojodin therapeutisch dasselbe erreichen wie mit einer viel größeren Dosis Jodalkali.

Schourp-Danzig.

65) **Toxische Erscheinungen nach wiederholten subkutanen Embarin-injektionen**, von R. Fried. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

Verf. beobachtete nach wiederholten Embarininjektionen einen anaphylaktischen Chok und Hirn- bzw. Meningealschädigungen, hervorgerufen durch Bildung von Anaphylatoxinen nach erworbener Embarinüberempfindlichkeit.

Schourp-Danzig.

66) **Über Heilung tabischer Erscheinungen durch Arsen und durch Bakterienpräparate**, von Döllken. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Die Reaktion auf Salvarsan war unregelmäßig, ebenso wie bei Kombination mit Hg. Ein günstiger Einfluß war bei Enesol unverkennbar. Nach Anwendung von Pyozyanase wurden lanzinierende Schmerzen bald geringer und schwanden. Ataktische Erscheinungen besserten sich, ebenso Blasen- und Mastdarmstörungen. Paretische Augenmuskeln wurden beweglicher; Romberg wurde meist zum Schwinden gebracht. Nie aber sah Verf. erloschene Sehnenreflexe wieder auftreten oder lichtstarre Pupillen sich bewegen. Wassermannreaktion blieb wie vor der Kur. Viel weniger Erfolg sah Verf. von Streptokokkenvakzine. Von Staphylokokkentoxin war günstiger Erfolg bei lanzinierenden Schmerzen und Ataxie zu bemerken. Gut waren Resultate mit autolyzierter Staphylokokkenvakzine. Die mit Tuberkulin erzielten Resultate waren ebenfalls gut. Die ganzen Untersuchungen mit Bakterienprodukten haben gezeigt, daß die Entgiftungen des Tabesvirus im menschlichen Körper durch eine ganze Reihe von Bakterienpräparaten — sicher auf Zeit — erreicht werden kann, und zwar nicht durch Bakterieneiweiß, sondern durch Endotoxine bewirkt.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

67) **Unterschiede in der Ausscheidung und Ausnützung des Jods**, von Moos. (Allg. med. Central-Zeitung. 1913. Nr. 19.)

Nach Einnahme von Jodkalium erscheint etwa 10% des Jods in organischer Bindung im Urin, etwa 60—70% jedoch in anorganischer Form, während beispielsweise nach Einnahme von Jodtropon die im Urin gefundene Gesamtmenge Jod sich fast vollständig in organischer Bindung befindet und nur 4,45% anorganisches Jod vorhanden ist, das mit den üblichen qualitativen Methoden nicht nachweisbar war. Nachdem A. Heyn und Pfannenstiel einwandfrei nachgewiesen hatten, daß die Heilwirkung des Jods keine Dauerwirkung, sondern eine Momentwirkung sei, denn, wenn sich das Jod in statu nascendi befinde, glaubt Verf., daß eine Heilwirkung nur dann zu konstatieren sei, wenn das eingeführte Jod in statu nascendi an das Eiweißmolekül herankönne, was bei eingeführtem organischem Jod infolge Wanderlust von einem Molekül zum anderen und durch die durch die Bindung an das Eiweiß des Medikaments gesteigerte Affinität zum Eiweiß der Fall sei. Weitergehend folgert Verf., daß von eingenommenem Jodkalium nur die 10% des organisch gebundenen und im Harn ausgeschiedenen Jods eine Heilwirkung ausübten, während die übrigen 70% anorganisches Jod als unnützer Ballast zu betrachten seien. Diese Schlußfolgerungen stimmten mit den Beobachtungen des Verf.'s in der Praxis mit denen anderer Autoren überein, die konstatierten, daß zur Erzielung gleicher Heilresultate mehrmals größere Mengen anorganischen Jods in Form von Jodkali erforderlich waren als von organischem Jod in Form von Jodtropon. Verf. betrachtet den Prozentgehalt des Urins an organischem Jod als Maßstab für die Wirksamkeit eines Jodmedikaments. Weiter schließend sagt Verf. in der Annahme, daß der Organismus das Bestreben habe, ihm zugeführtes anorganisches Jod in weniger giftiges organisches umzuwandeln, daß der Prozentgehalt des Urins an anorganischem Jod ein Maßstab für die Giftigkeit oder Ungiftigkeit eines Jodpräparates sei. Je

weniger anorganisches Jod im Urin sich befinde, desto weniger leicht trete Jodismus auf.

J. Schumacher-Berlin.

68) **Der gegenwärtige Stand der Syphilistherapie**, von W. Pick. (Med. Klinik. 1913. Nr. 23.)

Nach einem Überblick über die bisherigen Resultate der experimentellen Syphilisforschung hinsichtlich der Prophylaxe, der Exzision des Primäraffekts, der Infektiosität des Gaumens, der Unmöglichkeit einer Immunitätserzeugung berührt Verf. in seinem klinischen Vortrage die Entdeckung und den Nachweis der *Spirochaeta pallida*, ihre Reinzüchtung und den Wert der Wassermann-Reaktion, um sich der Salvarsantherapie zuzuwenden. Die Neurorezidive und Salvarsantodesfälle ließen sich vermeiden durch Ausschluß anämischer, tuberkulöser, diabetischer, nephritischer, kropfkranker, arteriosklerotischer, fiebernder Patienten von der Salvarsantherapie. Dasselbe gilt von Aneurysmen, schwerer Hirnsyphilis, fortgeschrittener Tabes und Paralyse. Im Frühstadium empfiehlt sich die Vorbehandlung mit Quecksilber, ferner stets eine Probeinfusion mit kleiner Dosis und die Applikation kleiner Dosen in großen Intervallen. Das Salvarsan wirkt prompt, auch beim Versagen der Hg- und Jodtherapie und ermöglicht eine Abortion der Syphilis. Die letztere wird eingeleitet mit der Zerstörung des Primäraffekts, worauf eine Salvarsan-Probeinfusion folgt. An diese schließt sich eine kombinierte Kur an, bestehend in 3—4 Salvarsan- und 8—10 Hg-Injektionen im Laufe von 5 Wochen. Nach 6 Wochen ist zur Konstatierung, ob der Wassermann negativ bleibt, eine provokatorische Salvarsaninfusion vorzunehmen.

Biberstein-Gleiwitz.

69) **Ein harter Schanker der Portio vaginalis uteri und seine Diagnostik**, von Zomakion. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XVI. 1913. H. 2.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von Ulcus durum der Portio vaginalis uteri. Die Geschwüre dort würden leicht übersehen, da sie von keinen besonders stark ausgesprochenen klinischen Erscheinungen begleitet seien, während unterdessen die Frauen die Lues verbreiteten. Die Diagnose stelle gewisse Schwierigkeiten dar, und zu ihrer Sicherstellung müsse man oft zur Probeexzision schreiten.

J. Schumacher-Berlin.

70) **Contributo allo studio delle neurorecidive**, per Cappelli e Torrigiani. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Verf. berichtet über folgende Neurorezidive: 1. Frische Sekundärlues. Eine intravenöse (0,35) und eine intramuskuläre Salvarsaninjektion (0,6). Etwa 4 Monate später Fazialislähmung der rechten Seite, die durch Sublimatkur geheilt wird. 2. Frische Sekundärlues. 2mal 0,3 Salvarsan. Einen Monat später linksseitige Schwerhörigkeit, Schwindelanfälle. Besserung nach 25 Sublimatinjektionen. 3. Frische Sekundärlues. 0,4 Salvarsan intravenös. Außerdem Hg-Behandlung. 2 Monate später Schwindelanfälle, Taubheit, rechtsseitige Fazialisparalyse. Die Hg-Behandlung erzielt keine Besserung. 4. Frische Sekundärlues. 30 Sublimatinjektionen. Bald hinterher Schwindelanfälle und zunehmende Schwerhörigkeit sowie Fazialislähmung. Fortgesetzte Hg-Behandlung führt Besserung, aber keine Heilung herbei. 5. Frische Sekundärlues. 0,3 Salvarsan. 2 Monate später Schwindel, Schwerhörigkeit, rechtsseitige Fazialis- und Oculomotoriuslähmung. Eine Einreibungskur bringt die Schwindelanfälle zum Verschwinden, die übrigen Symptome werden nicht beseitigt. 6. 3 Jahre alte Syphilis. Kurz nach einer Hg-Kur treten akut linksseitige Gehörstörungen und Schwindelanfälle auf. Darauf 0,3 Salvarsan und fünf Calomelinjektionen. 3 Monate später Fazialislähmung. Zwei Salvarsaninjektionen,

welche Fazialislähmung und Schwindel beseitigen, während die Gehörsstörungen bleiben, die durch weitere Calomelinjektionen indes gebessert werden. C. hält die größere Häufigkeit der sogen. Neurorezidive in der Salvarsanära für erwiesen. Die ständige Reihenfolge der Lähmungen wird auf die anatomischen Verhältnisse bei fortschreitender Meningitis durchgeführt. Dreyer-Cöln.

- 71) **Weitere Untersuchungen über organische Quecksilberpräparate.** Vierte Mitteilung von W. Kollé und Rothmann. (Med. Klinik. 1913. Nr. 21.)

Die im Anschluß an die Ehrlichschen Vorstellungen über Beziehungen von Organotropie und Parasitotropie bei den Heilmitteln angestellten Experimentalstudien an Hühnern und an rekurrenzinfizierten Mäusen führten zur Herstellung neuer Hg-Verbindungen, bei denen das Quecksilber durch eine Sulfaminoverbindung in den Antipyrinkern eingeführt ist. Die mit den verschiedenen Verbindungen angestellten Versuche ergaben, daß eine Antipyrin-Hg-Verbindung mit 46,8% Hg den günstigsten therapeutischen Index aufwies und sich bei starker parasitotroper Wirkung möglichst wenig organotrop erwies. Die auf Grund der Tierversuche aufgestellten Schlußfolgerungen erhielten eine weitgehende Bestätigung beim syphilitischen Menschen. Das Präparat wird unter dem Namen „Argulan“ im Handel erscheinen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 72) **Nierensyphilis,** von A. Welz. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

2 Fälle, von denen der eine unter dem Bilde eines paranephritischen Prozesses, der andere unter dem Bilde einer hartnäckigen Pyelitis verlief. Unter Jod-Quecksilber-Salvarsanbehandlung trat in kürzester Zeit Besserung und Heilung ein.

Schourp-Danzig.

- 73) **Beitrag zur Frage der Reinfektion,** von Löhe. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 20.)

Mitteilung dreier Fälle von Reinfektion aus der Lesserschen Klinik, die, wie andere zur Beobachtung gekommene Fälle zur Annahme berechtigen, daß bei rechtzeitig eingeleiteter sehr energischer Behandlung besonders bei Primäraffekten ohne Sekundärerscheinungen es gelingt, mit großer Sicherheit dem Ziel, die Syphilis mit einer Kur zu heilen bzw. die zur Heilung erforderliche Behandlungszeit abzukürzen, näher zu kommen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 74) **Heilung und Rezidiv der Syphilis,** von G. Murasawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. April.)

Die Erfahrungen des Verf.'s gehen dahin, im Frühstadium Salvarsan als Haupt- und Quecksilber als Nebenmittel, bei Spätsyphilis umgekehrt Quecksilber und Jod als Haupt- und Salvarsan als Nebenmittel zu bevorzugen. Wird die Salvarsaneinspritzung noch vor dem Eintritt der Wassermannreaktion vorgenommen, so kann dieselbe hierdurch lange negativ erhalten werden. Bei späten Stadien und hereditärer Lues scheint Quecksilber die Wassermannreaktion schneller zu beeinflussen als Salvarsan. J.

- 75) **La mortalité par syphilis à Paris en 1910,** par Leredde. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Juni.)

Verf. hat eine Berechnung der durch die Syphilis in Paris verursachten Mortalität versucht, unter Berücksichtigung verschiedener Elemente, deren hauptsächliches durch die Häufigkeit der Wassermannreaktion bei verschiedenen Affektionen geliefert wird. Außer 111 Fällen, die nach der offiziellen Statistik von Bertillon der Syphilis zugewiesen werden, von 188 Fällen von allgemeiner Paralyse und 66 Fällen von Tabes, werden auf sie zurückgeführt: $\frac{1}{3}$ der Todesfälle infolge zerebraler Hämorrhagie, Apoplexie, Erweichung,

Paralyse ohne bestimmte Ursache, Rückenmarksleiden, verschiedene Affektionen des Nervensystems; $\frac{1}{10}$ der Todesfälle infolge von „Enzephalitis“, Meningitis (von Tuberculosa), Epilepsie; $\frac{1}{3}$ der Todesfälle infolge organischer Herzaffektion; $\frac{3}{4}$ der Todesfälle infolge von Angina pectoris; $\frac{1}{2}$ der Todesfälle durch Aneurysma, Atherom, Arterienerkrankungen; $\frac{1}{5}$ der Todesfälle an Leberzirrhose, Morbus Brightii. So kommt man für 1910 zu einer Zahl von 3374 Todesfällen, mit Ausschluß solcher Erkrankungen, wie die Lungenkrankungen, der Icterus gravis, das Ulcus ventriculi, und besonders wie angeborene Lebensschwäche, Icterus und Sklerema neonatorum, welche 1268 Kinder pro Jahr hinwegraffen. Eine große Zahl dieser Todesfälle des ersten Jahres sind sicher Folge der Syphilis. Zu erinnern ist ferner daraus, daß die Municipalstatistik für 1910 4182 Totgeborene angibt. Die Tuberkulose hat im Jahre 1910 in Paris 11723 Menschen getötet, der Krebs nur 2548.

H. Netter-Pforzheim.

- 76) **Experimenteller Beitrag zur Immunität bei Syphilis tarda**, von Poor. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Verf. sucht die Frage zu beantworten, was die Ursache sei, daß abgesehen von der unmittelbaren Umgebung des aktiven Herdes bei tertiärer Lues die übrigen Teile des Organismus sich refraktär gegen die Spirochäten verhielten. Nachdem schon frühere Untersucher festgestellt hatten, daß eine Immunität der aus einem fremden Organismus stammenden Spirochäten auch bei tertiär Syphilitischen nicht besteht, zeigten die Inokulationen des Verf.'s, daß eine solche gegen eigene Spirochäten besteht. Diese Immunität sei jedoch auch keine absolute und beziehe sich nicht auf den ganzen Organismus, da ja die Läsion, von der der Impfstoff stamme, gegen das Vorhandensein einer totalen Immunität spreche. Man müsse daher an den intakten Teilen entweder eine Resistenzsteigerung gegenüber den Spirochäten annehmen oder eine Resistenzabnahme des Organismus gegen die eigenen Spirochäten an der Stelle, wo die Läsion vorhanden sei, daß dadurch die schon früher deponierten, bisher sich ruhig verhaltenden Spirochätenherde aktiv geworden seien. Der Resistenzsteigerung in den intakten Teilen widerspreche aber die Tatsache, daß eine Person, die die Zeichen einer Spätsyphilis in sich trägt, gegen das Virus aus einem fremden Organismus nicht immun sei. J. Schumacher-Berlin.

- 77) **Ein Fall von Lues haemorrhagica**, von E. Brodfeld. (Med. Klinik. 1913. Nr. 20.)

Mitteilung eines Falles vom Auftreten von Hämorrhagien bei gleichzeitig bestehendem Primäraffekt. Der zeitliche Verlauf, die Erfolglosigkeit der antirheumatischen Therapie, der Erfolg der Inunktionskur sprechen für eine hämorrhagische Syphilis.

J.

- 78) **Chronic Raynauds symptoms, probably on a syphilitic basis, associated with livedo reticulata. Remarks on livedo reticulata (livedo annularis, livedo figurata, or cutis marmorata**, by F. P. Weber. (British Journ. of Dermatology. 1913. März.)

Die 54jährige Patientin leidet seit 14 Jahren bei kalter Witterung an lokalen Asphyxien der Extremitäten, welche gelegentlich sogar zu kleinen Gangränen führten. Bei Hitze treten starke Kongestionen auf. In der Vorgeschichte wurden rheumatisches Fieber mit Herzstörungen und Sehstörungen, Amblyopie und Amaurosis des linken Auges festgestellt. Neben den geröteten und bläulichen Stellen an Händen und Füßen, besonders der linken Seite, finden sich schwärzlich buntscheckige Färbungen auf Rücken und

Armen, die bei Wärme weniger sichtbar sind und zeitweilig verschwinden, wenn man die Haut im warmen Zimmer reibt. Obgleich der weiße Fleck nach Fingerdruck nicht so schnell verschwindet, wie Ehrmann als charakteristisch für syphilitische Livedo angibt, auch in der Anamnese keine Syphilis festzustellen war, hält Verf. doch zahlreiche Aborte und das Fehlen eines lebenden Kindes bei der Pat. für verdächtig auf frühere Syphilis. Die Untersuchung ergab eine Mitralstenose, welche sicher dazu beitrug die Raynaud-schen Symptome, sowie Livedo zu begünstigen. Bemerkenswert ist auch, daß sowohl die Sehstörungen wie die Hauterscheinungen die linken Körperteile bevorzugten. J.

79) **Osservazioni sulla legge del Colles**, per Montesano. (Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Verf. führt den Fall einer Frau an, die sich mit ihrem früheren Ehemann, der unterdes eine Syphilis erworben hatte, aber vier Jahre behandelt war, wieder vereinigt. Ein darauf geborenes Kind zeigt flüchtige, nicht ganz klare Hauterscheinungen und später bei positiver Wassermannreaktion epileptiforme Krämpfe. Noch später treten bei der Mutter bei erhöhter Wassermannreaktion Zehnpapeln auf. Eine anderweitige Infektion der Frau war auszuschließen. Verf. hält indes eine rein paterne Syphilis in einer Anzahl von Fällen für sichergestellt. Einer Frau, die auf Grund des Collesschen Gesetzes als immun gilt, soll man einen Konsens zu einer eventuellen zweiten Ehe nur bei Wassermannreaktion erteilen, ohne daß selbst bei dieser Vorsicht eine absolute Sicherheit geboten würde. Dreyer-Cöln.

80) **Un caso raro di syphilis erithematosa nigricans**, per De Amicis. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Schanker im Juli. Schwarzfleckenexanthem im Oktober. Arsenbehandlung. Im Februar des folgenden Jahres schwarzbraune Flecken am ganzen Rumpf und den Extremitäten von Zehnpfennigstück- bis zu Zweimarkstückgröße. Die dazwischen liegenden, scheinbar gesunden Hautteile sind hellrot gefärbt. Die braunen Flecken sind verschieden nuanziert. Bei Druck auf die Haut verschwindet die rote Farbe, und die schwarzbraunen Flecke wurden heller. Im Gesicht sind, außer Epheliden, auf der Stirn eine Anzahl undeutlich begrenzter, brauner, von roten Höfen umgebener Flecke vorhanden. Am Rumpfe nimmt die Größe der Flecken von oben nach unten zu. An den Follikeln ist dunkle Farbe mehr akzentuiert. Nur die Glutäengegend ist frei von Flecken. An den Unterarmen konfluiert das Exanthem teilweise und zeigt geringe kleiige Schuppung, ebenso an den Unterschenkeln. Uvula, Tonsillen und vordere Gaumenbögen hyperämisch mit verstreuten weißen Flecken auf den Tonsillen. Der vorliegende Fall zeichnet sich dadurch aus, daß die Pigmentationen auf der Basis hyperämischer Haut, nicht aus Papeln wie sonst entstanden sind, und daß zudem Schuppung mit der Hyperämie verbunden ist. Verf. nimmt einen nervösen Chok als Ursache der syphilitischen Pigmentierungen an. Dreyer-Cöln.

81) **Die Luetinreaktion nach Noguchi bei Augenkrankheiten**, von A. Loewenstein. (Med. Klinik. 1913. Nr. 11.)

Die Prüfung des Luetins in 20 Fällen von hereditärer Lues, Metalues und gummöser Syphilis ergab, daß die Reaktion auch klinisch brauchbar werden dürfte. Biberstein-Gleiwitz.

82) **Über die Latenzdauer der Wassermannschen Reaktion**, von Dreyer. (Med. Klinik. 1913. Nr. 18.)

Mitteilung eines Falles, in dem eine mehrfach festgestellte negative Wassermannreaktion nach 4jährigem Intervall wieder positiv ausfiel.

Biberstein-Gleiwitz.

- 83) **Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion mit Leichenblut ausgeführt**, von Boas und Eiken. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. 1913. H. 2.)

Die Verff. fanden, wie schon mehrere Untersucher vor ihnen, daß der positiven Wassermannreaktion mit Leichenblut ausgeführt und der Ablesungsdosis 0,2 keine spezifische Bedeutung beizumessen ist, da sie unter 326 Kontrollpatienten die Reaktion 25mal positiv ausfallen sehen. Wurde dagegen mit 0,1 Ablesungsdosis gearbeitet, so wurde die Reaktion annähernd spezifisch, indem dann von 326 Kontrollpatienten nur drei positive Wassermannreaktion ergaben. Die negative Wassermannreaktion auf diese Weise mit Leichenblut angestellt hat eine weit geringere Bedeutung als bei lebenden Patienten, da Verff. unter 29 Fällen nicht vorbehandelter aktiver Syphilis nicht weniger als fünfmal negative Wassermannreaktion auftreten sahen.

J. Schumacher-Berlin.

- 84) **Über die hämolytischen Eigenschaften des Blutserums der Luiker und Metaluiker**, von V. Kafka. (Med. Klinik. 1913. Nr. 10.)

Die Untersuchungen an etwa 300 Fällen über die hämatologische Fähigkeit des Blutserums ergaben, daß das inaktive Luiker- und Metaluiker Serum weit häufiger als das der Nichtluiker seine hämolytische Fähigkeit verliert. Häufig findet sich auch dabei hämolytische Unfähigkeit des aktiven Serums. In diagnostischer Hinsicht ist der Komplementschwund für schwere Lues oder Metalues des Zentralnervensystems zu verwerten. Biberstein-Gleiwitz.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 85) **Zur Frage der Zeugungsfähigkeit bei bilateraler Nebenhodentuberkulose**, von Fürbringer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 29.)

Doppelseitige Nebenhodentuberkulose schließt das Ausbleiben der Azospermie nicht nur nicht aus, sondern stellt vermöge besonderer anatomischer Verhältnisse vielleicht den weniger insidiösen Prozeß als die Epididymitis gonorrhoeischen Ursprungs dar.

Schourp-Danzig.

- 86) **Tuberkulose der Vulva und Harnröhre**, von Krämer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Handtellergroßes Ulcus rodens der Vulva mit Zerstörung der Klitoris und eines Teiles der kleinen Labien sowie der Harnröhrenöffnung. Typisch: kleine Tuberkelknötchen auf dem mißfarbenen Geschwürsgrund am unterminierten Scheidenrand. Diagnose bestätigt durch Probeexzision. Röntgenstrahlen nutzlos. Daher Vulvaoperation. Heilung.

Schourp-Danzig.

- 87) **Hexal als Sedativum**, von G. Fritsch. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 28.)

In Verbindung mit Yoghurt übt Hexal eine höchst angenehme, schätzenswerte sedative Wirkung auf die Blasenfunktion aus. Die Wirkung äußert sich durch das Aufhören des lästigen Harndranges und beträchtliche Erhöhung des Willensimpulses auf die Blasenmuskulatur.

Schourp-Danzig.

- 88) **Über die Einwirkung der Thermalduschemassage auf die einzelnen Urinbestandteile**, von E. Rothsuh. (Med. Klinik. 1913. Nr. 32.)

Um den physiologischen Grundlagen der spezifischen Aachener Bade-

prozedur, der Normalduschemassage, nachzugehen, stellte Verf. Versuche an sich selbst an, deren Ergebnisse er folgendermaßen zusammenfaßt: 1. „Die Aachener Thermalduschemassage von 35° C. vermehrt bei gleichbleibender, harnsäurefreier Kost die meisten im Harn erscheinenden Endprodukte, namentlich Harnsäure und Schwefelverbindungen. 2. Diese Thermalduschemassage muß daher als energisch stoffwechselfördernd betrachtet werden. 3. Um den kräftigen Reiz dieser Duschemassage gerade richtig auszunutzen, empfiehlt es sich, dieselbe mehrere Tage hintereinander anzuwenden. Biberstein-Gleiwitz.

89) „**Erreur de sexe**“ infolge von **Hypospadiasis peniscrotalis**, von E. Zurell. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 27.)

Ein Scheinzwitter war trotz seines männlichen Geschlechtes als Mädchen erzogen worden, weil sich der Fehler dabei leichter verheimlichen ließ. Die Person wurde mit einem Manne verheiratet, und es kam zu Ehescheidungsklage, zu Notzuchts- und Schwängerungsklage. Schourp-Danzig.

III. Bibliographie.

A. Hauptmann, **Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion**. (Halle, Marhold, 1913. 1 Mk.) — Die Lumbalpunktion fängt an, auch für unser Spezialfach eine immer größere Bedeutung zu gewinnen, seitdem uns die serologische Ära auf diesem Gebiete mit neuen Tatsachen bekannt gemacht hat. Während die Wassermannreaktion des Blutes bei Paralyse in fast 100% positiv, bei Tabes aber nur in etwa 70% und bei Lues cerebrospinalis in etwa 80% positiv ausheilt, waren die Resultate mit der Original-Wassermann-Methode zunächst recht gering. Erst bei Anwendung einer erweiterten Methode der sogenannten Auswertungsmethode von Hauptmann gelang es bei Paralyse 100%, desgleichen bei Lues cerebrospinalis 100% und bei Tabes ungefähr 90% zu erhalten. Ferner ist der Nachweis von Stoffen im Liquor gelungen, die bei Paralyse aus dem Blute in den Liquor übergehen. Es besteht bei Paralyse eine erhöhte Permeabilität der Meningealgefäße, und man fand im Liquor Stoffe, welche normalerweise im Blute vorhanden sind und mit Ausnahme von Meningitisfällen nicht in den Liquor übergehen. Es sind Stoffe vom Bau der Hammelblut-Ambozeptoren, also Stoffe, welche bei Vorhandensein von Komplement rote Hammelblutkörperchen auflösen. Bisher sind bei Paralyse in ungefähr 70–80% solche Hammelblutambozeptoren im Liquor nachgewiesen, während sie bei Tabes und Lues fehlen. Alle diese Tatsachen dienen zur Erweiterung ihrer Diagnostik und pathogenetischen Erforschung, so daß ihr eingehendes Studium nicht dringend genug empfohlen werden kann. J.

R. Müller, **Die Serodiagnose der Syphilis und ihre Bedeutung für Diagnose, Therapie und Prognose**. (Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1913.) — Das vorliegende neue Buch über die Wassermannsche Reaktion ergänzt in vorteilhaftester Weise die bisher vorliegenden Monographien. Da sich bis jetzt noch keine einheitliche Methode ausgebildet hat und die Ausführung der Reaktion in den verschiedenen Instituten eine sehr mannigfaltige ist, so interessiert die sehr genau beschriebene und auf ein großes Erfahrungsmaterial basierende Methode des Verf.s. Sie legt ein treffliches Zeugnis von der Exaktheit und Sorgfalt der Untersuchungsmethoden der Fingerschen Klinik ab. Das Buch kann allen Interessenten auf das Wärmste empfohlen werden, indem sie auch ein vollständig geschlossenes Bild unseres ganzen jetzigen Kenntnis dieser biologischen Reaktion gibt. Siebert-Charlottenburg.

E. Kromayer, **Röntgen-Radiumlicht in der Dermatologie**. (Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken von Heinz Bauer.) (Berlin, Meußner 1913. 3,60 Mk.) — Eine ausgezeichnete Monographie in welcher uns der auf diesem Gebiete ganz besonders bewanderte Verf. in streng objektiver Weise den enormen Wert darlegt, welchen Röntgen, Radium und Licht in der Dermatologie beanspruchen müssen. Dabei vergißt er in weiser Beschränkung nicht die wichtige Rolle der medikamentösen Behandlung in dem ärztlichen Waffenarsenal der Dermatologie hervorzuheben. So kann das Buch auf das Wärmste nicht nur jedem Dermatologen, sondern auch jedem praktischen Arzt zum sorgfältigen Studium empfohlen werden. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Eczema ani:

- 1) Rez. Calomelan. 0,4—2,0
Ungt. lenient. ad 20,0
(Veiel.)

J.

Rote und raue Hände:

- Rez. Amyli tritici
Glycerini boraxati ana 36,0
2) Glycerini pur. 140,0
Aq. dest. 116,0
Acid. benzoici 4,0
(Pharm. Post. 1912. H. 98.)

J.

Wilkinsonsche Scabiessalbe:

- Rez. Sulfur. praec. 50,0
Pinosoli 100,0
3) Sapon. kalin.
Vaselin ana 150,0
Cretae 15,0
(Polland, Österr. Ärzte-Ztg. 1913. Nr. 3.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Juli 1913.

Heller stellt einen jungen Mann mit **Pseudopelade** vor, bei dem die Affektion seit 5 Jahren besteht. Sie begann mit einem zweimarkstückgroßen Herd, dem allmählich viele andere folgten. Die stehengebliebenen Haare sind normal, die Haut an den Krankheitsherden gelbweiß, nirgends entzündet: Follikel sind nicht sichtbar.

Adler demonstriert eine Frau mit **Acrodermatitis atrophicans**. Seit 20 Jahren bemerkte Patientin am rechten, seit 3 Jahren am linken Bein entzündliche Erscheinungen mit Geschwürsbildung. Weihnachten 1912 trat zum ersten Male Rötung und Schwellung des ganzen Gesichts auf, die besonders stark im April 1913 wurde. Auf indifferente Therapie keine Besserung; jedoch gingen die Erscheinungen von selbst zurück. Jetzt sieht man die Gesichtshaut gerötet und leicht geschwollen. Am rechten Unterschenkel ist die Haut atrophiert, besonders am Knie, wo sie das Bild einer Atrophia cutis propria darbietet. An beiden Unterschenkeln befinden sich Narben, am linken Unterschenkel, hauptsächlich am Fußrücken, läßt die straffe Haut die Venen durchschimmern; die Zehen sind stark verkrümmt.

Heller führt einen jungen Mann mit narbenartigen Kopfstellen vor, bei dem er mit Reserve die Diagnose **Pseudopelade** stellt.

Blaschko demonstriert ein junges Mädchen, das seit einigen Jahren infolge Frost an livider Rötung aller Finger leidet. Jetzt ist die Haut rötlich frostartig aussehend und zerstreut mit gutlinsengroßen, narbig atrophischen, weißlichen, etwas eingesunkenen Partien bedeckt, die auffällige baumförmige Verästelung zeigen und gefäßreich sind. Votr. stellt die Diagnose **Lupus erythematoses**.

Isaak zeigt einen Patienten mit **Angiokeratoma Mibelli** am Skrotum.

Arndt bespricht 2 Fälle von **Granuloma annulare** bei einem Mädchen von 16 Jahren und bei einem Knaben. Bei jenem besteht die Affektion seit 5 Jahren, bei beiden am Handrücken in der Nähe der Finger. Vortr. weist auf das oft erwähnte Zusammentreffen von Granuloma annulare und Tuberkulose hin. In seinen Fällen sei kein Anhaltspunkt dafür vorhanden; auch habe eine Impfung von Meerschweinchen mit dem kranken Gewebe kein positives Resultat ergeben. Therapeutisch sei Arsen und Hg-Pflaster zu verwenden. Die nächsten Patienten sind Fälle aus der Charité. Bei einem 57jährigen Stallmann ist nach dem Melken einer Kuh, die mit einem Geschwür am Euter behaftet war, ein knotenförmiges haselnußgroßes Gebilde in der Digitalfurche der Hand mit Blasen und Borkenbildung aufgetreten. Bei der bakteriologischen Untersuchung sind vorläufig nur Staphylokokken gewachsen. Denselben bakteriologischen Befund hat auch der von der Kuh gewonnene Eiter ergeben. Es handelt sich bei dem Patienten um den sogen. Muskelknoten. Ferner ein Fall von ausgedehntem Pemphigus vulgaris, an dem das Prodromalstadium bemerkenswert ist, das in der Form eines Duhring verlaufen ist. Zum Schluß ein junges Mädchen mit Lupus vulgaris mutilans, das mit 15 Injektionen von Kalium aurumcyanat behandelt worden ist. Die Infiltrate sollen sich am Rande zurückgebildet, die Konstitution der Patientin gehoben haben. Endlich eine Frau mit Mycosis fungoides, der durch Röntgenbestrahlung sehr gut therapeutisch beeinflußt worden ist.

Tomaszczewski bespricht seinen Befund von **lebenden Spirochäten** aus dem beim lebenden Paralytiker gewonnenen Hirnpunktat. So leicht man die Spirochäten im Dunkelfeld sehe, so schwer bekomme man sie im Ausstrichpräparat zu Gesicht. Dies gelinge erst nach der Methode von Fontana.

Spring demonstriert ein mikroskopisches Präparat von **Ulerythema sycosiforme**, das aus einem Infiltrat aus Plasma-, Mast- und wenig Riesenzellen besteht.

In einem Referat über **Salvarsan** und **Neosalvarsan** gibt Isaak dem Neosalvarsan den Vorzug. Die Dosis von 0,45 dürfe man nicht überschreiten; die Erfolge seien gut, nur einige Male habe er Skarlatinaexantheme beobachtet, einmal Delirium, nie einen Exitus. Bei schweren Erscheinungen handle es sich um Intoxikationserscheinungen infolge hoher Dosen, nicht um den Wasserfehler.

Barinbaum-Berlin.

VI. Vermischtes.

Das im Verlage von Safar-Wien erschienene Merkblatt für Soldaten zur Aufklärung über das Wesen und die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, welches v. Menz herausgegeben hat, kann in den weitesten Kreisen zur dringenden Beachtung nicht warm genug empfohlen werden. Es kostet das Stück 10 Pfg. und 100 Stück = 80 Pfg.

J.

VII. Personalien.

J. Kyrle hat sich in Wien für Dermatologie habilitiert.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Prof. Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

I. Namenregister.

Abadie 240.
 Abraham 343. 355.
 Abrami 124.
 Achard 185.
 Adamkiewicz 77.
 Adamson, H. G. 340.
 Adler, Ernst 138. 383.
 Adrian, C. 28. 60. 143. 160.
 Agadzaniauc 24.
 Agamemnone, M. 60. 246.
 Akutsu, S. 105. 316.
 Alardo 46.
 Albers-Schönberg 93.
 Aleixo 113.
 Alexander, A. 32. 53.
 Almkvist, J. 183. 215.
 Almqvist 260.
 Altmann, K. 112. 117. 316.
 Amicis, A. de 214. 303. 380.
 Anschütz 192.
 Antoni 245.
 Aoki, J. 76.
 Aranjo, S. 181.
 D'Arlhac 104.
 Arndt 84. 223. 384.
 Arnheim 30. 31.
 Arning, Ed. 21.
 Asch, P. 148.
 Aschoff, K. 287.
 Ashburton-Thompson, J. 341.
 Askanazy 233.
 Assmann 217.
 Aubert 256.
 Audry 104. 157. 232.
 Augagneur 246.
 Aumann 91.
 Austregesilo 96.
 Ausztervell, L. 58.
 Axmann 79. 287.

Baar, G. 350.
 Babello, Ed. 116.
 Bachrach 230.
 Baermann 104. 142.
 Bainbridge, W. S. 112.
 Balina 192.

Balzer 256. 309. 338. 339.
 Bankowski, J. 315.
 Bantlin 149.
 Bassenge-Selander 260.
 Bauer, Heinz 95. 382.
 Baum, H. C. 179. 352.
 Bäumer, E. 371.
 Bayer 73.
 Bayet, M. A. 53. 88.
 Bazin 362.
 Bazy 124.
 Beatty, W. 338.
 Beck, S. C. 151. 309.
 Becker, G. 89.
 Behaeghel 191.
 Bellocq-Irague, Mme. 74. 361.
 Bénard 94.
 Bendix, B. 332.
 Benedictis 180.
 Bengelsdorff, H. Th. 71.
 Bergmann, A. 305.
 Bering, Fr. 52.
 Berlin, D. 375.
 Berliner 298.
 Bernadot 217. 240.
 Bernecker, O. 110.
 Bernhard, O. 287.
 Bernhardt 31. 117.
 — E. 55.
 — R. 178.
 Bernheim, W. 258. 362.
 Bertarelli, A. 181.
 Bettinger 184. 285.
 Bettmann 95. 307. 333. 336. 355.
 Beurmann 243.
 Beusande 250.
 Bickel 69. 70.
 Bierotti 51.
 Bircher 74.
 Birch-Hirschfeld 174.
 Bizzozero, E. 176. 209. 247.
 Björling, E. 27.
 Blaschko 30. 224. 352. 383.
 Blenke, A. 189.
 Bloch, Bruno 224. 242.

Blumenthal. Fr. 59. 90. 159. 352.
 Boas, 381.
 Bobrie, J. 54.
 Boeck, C. 154.
 Boer, R. 140.
 Bogrow, S. 76. 109. 255. 256.
 Böing 373.
 Bonkowski 369.
 Bonneyrat 243.
 Boruttau, H. 370.
 Boss, S. 119.
 Bottler 284.
 Bouilliez 349.
 Braendle 16. 149.
 Brandberg 219.
 Brandenburg, K. 368.
 Brauer A. 87. 222. 232.
 Brault, J. 232.
 Brauns 355.
 Brexendorff 73.
 Brieger 169.
 Brocq 215. 235.
 Brodfeld, E. 109. 120. 156. 188. 379.
 Bronner, W. 348.
 Brosius 269.
 Bruck 147. 148. 155. 171. 172. 173. 201. 202. 203. 204. 247. 307. 309.
 Brückler, O. 56.
 Bruhns 48.
 Buba 136.
 Buchner, G. 110.
 Bühler 301.
 Bulkley 184.
 Bull, P. 125.
 Bunch, J. L. 114. 213.
 Burnaschew 121.
 Burnier 334.
 Burzi 155.
 Busse 239.
 Buttersack 273.

Caesar, V. 366.
 Cain, A. 18.

Callomon 190. 275.
 Campana 81. 304.
 Caon 254.
 Cappelli 365. 377.
 Carini 340.
 Carle 246.
 Caruccio 307.
 Castaigne 319.
 Castellani, A. 278.
 Castelli, G. 22. 56.
 Cavagnis 48.
 Cealic 168.
 Cedercrentz, Axel 17. 18.
 71. 72. 360.
 Chaillous, J. 19.
 Chajes 19. 160. 163. 254.
 255.
 Charlet 89. 185.
 Charrier, A. 145. 146.
 Chauvet 168.
 Chompret 364.
 Ciuffo 339.
 Claude 233.
 Clegg, M. S. 214.
 — M. T. 82. 154.
 Cohn 48.
 — J. 236.
 — Willy 322.
 Colcott, T. 306.
 Cole 77. 275.
 Collan 104.
 Collin 252.
 Colombini 104. 355.
 Comite, Fr. L. 282.
 Constantinesco 124.
 Copelli 50. 116. 151.
 Cosco 180.
 Costa, Mendes da 96.
 Cottin 310.
 Courmont, P. 89. 185.
 Cronquist, C. 46. 90. 117.
 157. 218.
 Crouzon, O. 46.
 Cullisto, B. 332.
 Culver, G. D. 152. 331.
 Currie, D. H. 82. 154. 214.
 Czablewski 61.
 Czerny, A. 29.
 — V. 254.
 Czubalski 25.

Dalimies 243.
 Dalous 104.
 Danel 234.
 Danilescu, V. 89.
 Darier 223.
 Dautin 339.
 Davis, H. 334.
 — P. 155.
 Debat 333.
 Debré 233.
 Decker, C. 109.

Degrais 196. 254. 305.
 Dekeyser 191. 192.
 Delbanco, E. 178.
 Demjanowitsch 248.
 Demska 203.
 Denecke, Th. 282.
 Dennie, C. 80.
 Desmoulière, A. 92. 187.
 Desnos, E. 94.
 Desqueyraux 240.
 Dessauer 189.
 Deutschmann 237.
 Devaranne, H. 152.
 Dlusi 279.
 Dohi 284.
 — K. 48. 57. 73. 80. 301. 331.
 — Sh. 73. 179.
 — Th. 297.
 Doinikow 346.
 Döllken 376.
 Dominici 52.
 Donagh, R. Mc 76. 219.
 Dorn 172. 204.
 Doutrelepont 153.
 Doyon, Adrien 256.
 Dreuw 29. 95.
 Dreyer, A. 372. 380.
 Dreyfuss 316. 343.
 Dubois 19.
 Dubois-Havenith 191.
 Dubreuilh 112.
 Duc 175.
 Ducastaing 252.
 Ducrey 27.
 Dufaux 182.
 Dufour 46.
 Duhot 165. 316. 323.
 Duhring 320.
 Dujardin 191. 314.

Ecsedi 73.
 Ehrlich 67. 72. 121. 169.
 244. 346. 348.
 — Martha 207.
 Ehrmann, S. 91. 158. 192.
 Eichhorst 259.
 — H. 46.
 — P. J. 287.
 Eichler 218.
 Eichmann, Elise 206.
 Eichmüller, G. 341.
 Eiken 381.
 Eisenstaedt, J. S. 212.
 Eliasberg 70.
 Emery 250.
 Engel 69. 70. 211. 340.
 Engelbreth 117.
 Engman 210.
 Eraud 104.
 Erlacher, Ph. 237.
 Ernst, A. 17. 143.
 Evans 319. 351.

Fabry, Joh. 23. 79. 84. 304.
 Farkas, J. 118.
 Fasal, H. 77.
 Favera, G. B. Dalla 50. 341.
 Favre, M. 331.
 Fehde 323.
 Fehr, O. 56.
 Feilchenfeld 47.
 Feldmann 255.
 Feleky 85.
 Fernet 319.
 Ferra, F. 87.
 Ferrarini, G. 275.
 Feuerstein 127.
 Filho, Silva Arango 96.
 Finckh, K. 244.
 Finger 77. 312.
 Finkelstein 59.
 Fiocco 309.
 Fischel 159. 310. 333.
 Fischer, Franz 162. 227.
 — H. 86.
 Flatau, G. 363.
 Flimmen 20.
 Föckler 118. 204. 205.
 Foelsche, R. 368.
 Fontana, A. 27. 92. 237.
 283.
 Forchheimer 355.
 Forster, E. 369.
 Fouquet 306.
 Fournier 128. 184. 246.
 Francois 74.
 Frank 303.
 — E. R. W. 183.
 Franke, F. 75.
 Freund 216.
 — E. 312. 347.
 — L. 76.
 Friboes, W. 50. 221.
 Fried, R. 375.
 Friedeberg 176.
 Friedländer, M. 159.
 — W. 202. 203. 320.
 Fritsch, G. 224. 381.
 Fritz 79.
 Frühwald, R. 144. 145. 146.
 Fujinami, G. 331.
 Fürbringer 381.
 Fürstenberg, A. 230.
 Fuss, K. 25.

Gaillardot 222.
 Galimberti 298.
 Garumann, J. 304.
 Gaston, Paul 128. 288.
 Gasugi, M. 202.
 Gaucher 92.
 Gebb, H. 56.
 Géber, H. 78. 213. 220. 275.
 — J. 333.
 Gennerich 55. 149. 346.

Gerber 74.
Ghezzi, C. 153.
Giani 259.
Giemsa, G. 346.
Gilg, E. 109.
Giovanni, S. 75. 149. 355.
361.
Giuliani, G. 20.
Glück 247. 307.
Goldberg, Lydia 186.
Goldschmidt 93.
Golodetz, L. 175.
Gottheil, W. S. 305. 313.
Gottschalk, S. 236.
Gougerot, H. 92. 365.
Goulart, J. 115.
Gradwohl 119. 183.
Gravagna 156.
Gray, A. M. H. 78.
Greco 192.
Grintschar, Th. 76. 256.
Groc 104.
Grön, Kr. 347.
Grünfeld, A. J. 22.
Gunsett 160.
Günther, G. 153.
Gusmann 32.
Gutmann 55. 130. 175. 313.
355.
Gutscheid 121.
Gutzent, F. 300.
Györy, T. v. 318.

Haccius, A. 22.
Hagen, F. 20. 204.
Hagshi, H. 375.
Hahn 92.
Halberstädter, J. 177.
Halkin 192.
Hallös, A. 20.
Hammer, F. 329.
Hannes, B. 306.
Hanns 230.
Hansen, A. 154.
Harrichausen 274.
Hartmann 251.
— G. W. 317.
Harttung 104. 287.
Haslund, P. 232.
Hastreiter, J. 47.
Hata 218.
Hauck 127.
Hauptmann, A. 382.
Hecht, H. 54. 203.
Hedderich 355.
Heden, K. 312.
Heidingsfeld, M. L. 49. 57.
305.
Heim, Gustav 213. 265.
Heinze, K. 143. 147.
Heller, J. 16. 224. 255. 351.
383.

Hercz, L. 90.
Heresco 168.
Hertwig, Oskar 194.
Herzheimer, K. 21. 22. 110.
112. 117. 192. 210. 276.
346.
Herzberg 114.
Hesse, M. 370.
Heuck, W. 121. 237. 352.
Heuss, Ernst 32.
Heymann 190.
Heyn, A. 376.
Hidaka, S. 15. 284.
Hildebrand 189.
Hirooka, H. 86.
Hirsch, C. 27.
Hirth, G. 110.
Hitzig 266.
Hoche, A. 368.
Hochstätter 274.
Hochstetter 298.
Hodara, M. 111. 306.
Hoefler, Edmund 164.
Hoehl 241.
Hoffa † 189.
— Th. 332.
Hoffmann, A. 189.
— E. 47. 50. 59. 179. 184.
185. 188. 237. 250. 279.
283. 285.
— J. 187.
— Karl Friedrich 34.
— W. A. 60.
Holländer 74.
Hollmann, H. T. 82. 214.
Holth, Marie 244.
Holzhäuser 122.
Holzknecht 189.
Hopkins 77.
Horowitz 104.
Htano 375.
Hübner 75. 229.
Hudovernig, C. 253.
Hufeland 303.
Hügel, G. 160. 250. 283.
Hutchinson, Jonathan 352

Ichibagase, K. 375.
Ijiri, T. 229. 334.
Immelmann 126.
Indemans, J. W. M. 14.
Inouye, G. 58.
Isaac 30.
Isaak, H. 351. 384.
Ito 310.
Iwaschenezow 55.

Jacobi, E. 222.
Jacoby, S. 126.
Jacquet 23. 185. 241. 333.
Jadassohn 111. 112. 125.
153. 311. 364.

Jaffé 223. 292.
Janet 237.
Jayle 18.
Jeanselme 157. 241. 242.
Jellinek 63.
Jensen 52.
Jermutowicz 244.
Jesner, S. 123. 190.
Jones, H. E. 212.
Jordan, A. 121. 347.
Jordanus 318.
Joseph, E. 286. 287.
— Max 10. 11. 19. 34. 72.
163. 274. 306. 355.
Jourdanet 82.
Junghanns, O. 230.
Jungmann 180. 197.
Jurasz 180.
Justi, K. 21.

Kafka 53. 381.
Kall 237. 346.
Kantorowicz, E. 351.
Kaposi 30.
Kappis, A. 94.
Karo, W. 28.
Karvonen 55.
Karwoski, A. v. 51.
Katz 343.
Kaufmann, L. 11.
Kaufmann-Wolf 276.
Kerl, W. 121.
Kersten 88.
Kienböck 229.
Kitagawa, F. 57.
Klausner, E. 243. 248. 274.
277. 343.
Klein 74.
Klieneberger, C. 86.
Klingmüller 148. 351.
Klose, H. 299.
Knape, W. 22.
Koch, A. 96.
— E. 119.
Koehn, J. W. 288.
Kohda, H. 48.
Kohn, St. 281.
Kolle, W. 169. 378.
Kölle 212.
Kollmann, A. 126.
Kono, Sh. 58.
Kopczyński 64.
Kopp 128.
Kopytowski 150. 208. 272.
Köster 19. 163.
Kowanitz 238.
Kozerski 16. 64. 236.
Kraïnskij 249.
Krämer 381.
Krassnoglasow 127. 128. 255.
256.
Kratz, W. 12.

Kraus, Fr. 254.
Krebs, W. 371.
Krecke 74.
Krefting 215.
Kreibich 177. 273. 300. 302.
332. 336. 360.
Krieg 355.
Kromayer 53. 158. 160. 382.
Krönig 237.
Krotoszyner 317. 318.
Krzyżtalowicz, Fr. v. 17.
Kudisch, W. M. 17.
Kümmel, W. 29.
Kurdinowsky 106.
Kusunoki 213.
Kutner, R. 93. 287. 291.
Kuznitsky 272. 297.
Kyaw 85.
Kyrle, J. 384.

Lacassagne 256.
Lampé, E. 299.
Landesmann 338. 339.
Lang, Eduard 128. 159.
Langane, L. 181.
Lange, Carl 73.
Lanz, A. 249. 259.
Lautsch 190. 191. 330.
Lawrence 357.
Lazarus, P. 254.
Lebar 82.
Leber, A. 336.
Leblanc 121.
Lederer, O. 54.
Ledermann 31. 90. 160.
Leeuwen, van 96.
Lefèvre 252.
Legendre 210.
Legueu 222. 250.
Leiner, C. 126.
Lemierre 124.
Lenartowicz, J. T. 85. 236.
Lentz, O. 363.
Leonard, Stephan 189.
Léopold-Levi 15.
Leredde 73. 243. 369. 372.
378.
Lerisze 186.
Lesser, E. 319.
— Fr. 159. 160. 249.
Lespinne 191. 192.
Leszczyński 179.
Levaditi, C. 89. 249. 315.
344. 369.
Lévy-Bing 165. 237.
Lewin 203. 335.
Liebl 359.
Lier, W. 212.
Lilienthal, L. 236.
Lindenheim, H. 216.
Lint, van 112.
Lippmann, A. 79. 282.

Lippmann-Wulf 31. 351.
Lipschütz, B. 114. 115.
Lipsztat 23.
Lissmann 317.
Loeb 105.
— H. 208.
— S. 175.
Loewenstein, A. 380.
Löhe 77. 160. 224. 352. 378.
Löhlein 182.
Lohnstein, H. 94.
Lombardo 336. 364.
Longo, P. 209.
Lop, M. 119.
Löwenthal 287.
Lowinsky, Julius 98.
Lubarsch 192.
Lube, F. 217.
Lüdke 69.
Luithlen 330. 367.

Machado 115.
Macnaughtan, N. S. 80.
Maingot 250.
Majocchi 303.
Maki, G. 73. 297. 331.
Malapert 178.
Malinowski, F. 88.
Mallory 300.
Manasse, L. 251.
Mann, H. 318.
Mannisch, C. 273.
Manoiloff 52. 55. 299.
Marcus 219. 283.
Marie, A. 315. 369.
Marinesco, G. 285. 315.
Marion 124. 221. 252.
Marschalkó, v. 55. 284.
Martinotti, L. 152. 304.
Maschke, W. 349.
Mathes 176.
Matsumoto, S. 49. 58.
Mattauschek, E. 244.
Matzenauer 32. 176.
Mawas, J. 299.
Mayer 305.
— H. 55. 56.
— Th. 16.
Meier, G. 70.
Meirowsky 26.
Menz, v. 384.
Menzer, A. 111. 156.
Merck, E. 352.
Merian, L. 239. 279.
Merk, Ludwig 320.
Merkuriew 203.
Merkuriew 121.
Merz, Hans 8.
Mestschersky 127. 128. 255.
Metschnikoff 46. 169.
Meulengracht, E. 341.
Meyer, Hans 174. 229.

Mibelli 304. 384.
Miedreich 311.
Mikulicz, J. v. 29.
Milota, Wenzel 327.
Minea, J. 285. 315.
Mine, M. 80. 301.
Miyahara, M. 58.
Möbius 268.
Moewes, C. 61.
Mokrzecki 317.
Möller 266.
Möllers, B. 365.
Monobe 364.
Montesano 307. 380.
Montgomery, D. W. 152.
305. 331.
Moos 376.
Moreira 96. 115.
Morel-Lavallée 265.
Morgenroth 366.
Moser, F. 278.
Motz 93.
Much, H. 234.
Mucha 32. 367.
Mühlens 60.
Müller 143. 173.
— H. 238. 242.
— M. 249. 345.
— R. 382.
Mulzer 20. 53. 120. 160.
241. 283. 325. 366. 373.
Münchheimer 184.
Munk, Fr. 91.
Murasawa, G. 378.
Murell 168.

Nagamatsu, J. 340.
Nagelschmidt 17. 287.
Najakima, A. 57.
Nakagawa, Th. 316.
Nakano, H. 26. 27. 284.
Napoli, de 155. 238.
Neiditsch 272.
Neisser 71. 105. 192. 258.
295. 313.
Nerrotti 308.
Neugebauer, O. 79.
Neumann 196.
Niclet 128.
Nicolas, J. 89. 185.
Nicolau 230.
Nicolich 252.
Nielsen, L. 27.
Nitsch, R. 273.
Nitze 93.
Nobl, G. 15. 21. 25. 73.
105. 145. 146. 147. 160.
302.
Noguchi 25. 60. 89. 250.
267. 285. 344. 373. 374.
Nonne 219.
Nothmann 51.

Öberländer 93.
 Obermiller 325.
 Oberndorfer 248.
 Okochi, T. 316.
 Okolska, M. 273.
 Ombrédanne 317.
 Oppenheim, M. 81. 87. 89.
 96. 105. 127. 159. 223.
 259. 335.
 Oppenheimer 160.
 Orlow 127.
 Orlowski 330.
 Ossola 339.
 Ostertag 192.
 Öttingen, v. 79.

Paldrock, A. 81. 83. 101.
 Papin 124. 250.
 Pappenheim, A. 15. 174.
 Parker, H. B. 88.
 Parma 333.
 Paschen 274.
 Paschkis 111.
 Pasini 49. 154. 303. 337.
 Patek, R. 330.
 Pautrier 235. 362.
 Pawson 115.
 Payan 53.
 Payenneville 362.
 Péchin 23.
 Pelagatti 49.
 Peller, J. 75.
 — S. 21.
 Peukert, M. 278.
 Pereina, R. 60.
 Pericic, B. 153.
 Pernet 355.
 Perrin 49.
 Pertik, Th. 175.
 Peter 190.
 Petersen 50.
 Petges 176. 240.
 Petrini 308.
 Peyri, J. 46. 177.
 Pfannenstiel 376.
 Pfeiffer 169.
 Philipp, P. 184.
 Piccardi, G. 78.
 Pick, L. 223.
 — W. 377.
 Picot 220.
 Piersig, A. 198.
 Pinés, N. 120.
 Pinkus 21. 160. 223. 255.
 Pirquet 25. 125.
 Pissary 168.
 Play, Le 185. 220.
 Pohl, J. 182.
 Pohlmann 77.
 Pöhlmann 277.
 Poirier 191.
 Politzer, S. 373.

Polland 176. 247. 298. 336.
 383.
 Pollitzer 18.
 Poncet 186.
 Poor 359. 379.
 Portner 32.
 Posner, C. 188.
 Pospelow jun: 128.
 Praetorius 307.
 Pringsheim, J. 252.
 Probizer, G. 338.
 Profeta 246.
 Prowazek, v. 188.
 Pstrokonski, I. 237.

Queyrat 23.
 Quinton, W. W. 330.

Rabinowitsch 365.
 Racinowski 178.
 Radaeli, F. 207.
 Raecke 369.
 Rafin 221.
 Ragusin 192.
 Raices 192.
 Ranque 89.
 Ransom 266.
 Raubitschek, H. 181.
 Ravaut 217. 323. 366.
 Reenstjerna, J. 235.
 Regaud, Cl. 331.
 Regnault 310.
 Reimann, Th. 15.
 Reinhard 237.
 Reiter 172. 173. 201. 202.
 203. 204.
 Releandi 187.
 Remete, E. 28.
 Renault, J. 18.
 Renaut 92.
 Reuter, A. 303.
 Ribadeau-Dumas 233.
 Richter, E. 67. 68. 156. 371.
 — P. 247. 248.
 Ricker, G. 22.
 Riedel 288.
 Rigaud 217.
 Rimini, E. 27.
 Rindfleisch 313.
 Ritter, H. 174. 208. 229.
 Roemora, Peyri 83.
 Rocha-Lima, H. da 305.
 309.
 Roche 371.
 Rock, H. 338.
 Röhmann 183.
 Rohrbach 148. 203. 204.
 Rolleston, J. D. 80. 318.
 Rosa 180.
 Rost, E. R. 109. 308.
 Roth, A. 332. 375.
 Rothe 51.

Rothmann 378.
 Roths Schuh, E. 381.
 Rouslacroix 53.
 Routier 104.
 Rudolph, M. 83.
 Rudzki 279.
 Rupp, E. 215.
 Rygiel 173.

Saalfeld 73. 159. 297. 362.
 Sabbatani 259.
 Sabouraud 17. 19. 74. 95.
 175. 230. 234. 253. 254.
 Saisava, K. 276.
 Sakaguchi, Y. 26.
 Sakurane, K. 47. 58. 202.
 Salzwedel 108.
 Sängner, A. 277.
 Sano 73.
 Sauerland 47.
 Sawade 218.
 Saynisch 123.
 Schaefer, Peter 268. 269.
 Schäffer, J. 29. 107. 108.
 206.
 Schamberg, J. F. 110.
 Schemel, K. 230.
 Scherber, G. 206.
 Schereschewsky, J. 26. 218.
 370.
 Scheuer 184.
 Schiff, Ed. 224. 254.
 Schindler, Carl 103. 105.
 106. 142. 147. 167. 171.
 201. 203. 205. 242.
 Schischlo 299.
 Schlasberg 86.
 Schlecht 361.
 Schlenzka 52.
 Schmidt 220.
 — H. E. 126. 287.
 — W. 16. 192.
 Schmitt 51. 172. 230.
 Schnabl, Fr. 229.
 Schneider 233.
 Scholtz 190. 191.
 Schoonheid 96.
 Schottmüller 212.
 Schourp 67. 190. 191.
 Schreiber 55. 218.
 Schuberg 373.
 Schultz 160. 202. 203.
 — J. H. 374.
 Schumacher, J. 310.
 Schwenk, A. 285.
 Sebastie 30.
 Sebök 73.
 Seegers 51.
 Seelig, R. 84.
 Seera, A. 372.
 Selenew, J. J. 125.
 Selli 105.

Senez 89.
 Sequeira, J. H. 210. 233.
 363.
 Serkowski 231.
 Serra, A. 154. 234.
 Seto, K. 309.
 Sézary 185. 233.
 Shomamine 90.
 Sibley, W. K. 332.
 Sicard 23. 121.
 Sieber, D. 150.
 Siebert 183. 260. 306.
 Silberstein 155.
 Silley, Ch. H. 211.
 Simmonds, M. 120. 282.
 Simon, J. 204.
 Simonds, O. 85. 105.
 Simonelli 339. 375.
 Simpson, Fr. E. 182.
 Sitzler 47.
 Sluys 185.
 Sobotka, P. 277. 282.
 Solger, F. B. 207.
 Sommer, E. 126. 192. 287.
 363.
 Sorrentino 105.
 Sowade 128. 374.
 Spiegler 73.
 Spiethoff 229. 346. 360.
 Spindler, A. 69.
 Spitzer, E. 145.
 Spitzzy 310.
 Spring 384.
 Sprintz 254.
 Strassberg 276.
 Stadler, Ed. 158.
 Stanziale, R. 214.
 Stargardt 120.
 Stark 270.
 Stein, R. O. 47. 114. 278.
 280.
 Steiner, G. 374.
 Stephan, A. 329.
 Sterling 244.
 Stern, Carl 59. 74. 283. 323.
 343. 370.
 Sternthal, A. 274.
 Stiner, O. 186.
 Stokar, v. 67. 122.
 Strandberg, J. 75.
 Strauss, A. 112. 181. 279.
 316. 323. 370.
 Strezniewskij 24.
 Strominger 169.
 Strubell, A. 46.
 Struve 22.
 Stübner 237.
 Stühmer 215.
 Stumpf 59.
 Stümpke, G. 50. 95. 235.
 244.
 Sudhoff, K. 246. 247. 311.
 Sugai 341. 364.

Sugi 188.
 Sutton, R. L. 80. 300. 334.
 339. 340.
 Swinburne, G. R. 168.
 Szily, P. v. 114. 157.

 Tadda 48.
 Tamassy, v. 155.
 Tanon 243.
 Terra, F. 181.
 Thibierge 256. 309.
 Thomson 191.
 Tinel, J. 369.
 Tomaszewski, E. 31. 311.
 352. 369. 384.
 Tommasi, L. 122. 209.
 Torday 249.
 Török 59. 273.
 Torrigiani 377.
 Touton 313. 314. 365.
 Toyama 302.
 Treitel 342.
 Treutler 175.
 Triboulet 233.
 Trinchese 53. 373.
 Troitzky 127.
 Trouseau 115.
 Truffi 304. 306.
 Tryb, A. 177. 280. 370.
 Trzciński 122. 245.
 Tschernogubow 128. 256.
 Tschlenow 128. 288.
 Tsuzuki, M. 375.
 Tuccio-Coppolino 47.
 Tugendreich 366.

 Uhle-Mackinney 168.
 Uhlenhuth, P. 53. 120. 283.
 373.
 Ullmann, Karl 2. 38. 73.
 314. 337.
 Unna, P. jun. 80.
 — P. G. 10. 15. 27. 113.
 150. 175. 355. 362.
 Urbach 32.

 Vallery, P. 185.
 Vayssière 89.
 Vaz, J. da Rocha 96.
 Veiel 127. 159. 190. 254.
 287. 319. 351. 383.
 — Fritz 111. 114.
 — Th. 30. 63. 111.
 Veit 214.
 Verbizier 115.
 Veress, Fr. v. 281.
 Verga, G. 286.
 Vernec 242.
 Vernes 157.
 Verrotti 342.

Veszpremi 284.
 Vignolo-Lutati 19. 209. 301.
 375.
 Villinger 54.
 Vogt, H. 245.
 Vollmer, E. 194.
 Vorbrodtt 53.
 Vörner 209.
 Voss, J. 153.
 — O. 371.

 Wagner, A. 278.
 — F. 16. 109.
 — R. 111.
 Wagner-Katz, Else 291.
 Wahle 240.
 Wallfisch, H. 183.
 Wallmüller 172.
 Waelsch, L. 125. 174. 211.
 Ward, E. 334.
 Warnock 270.
 Wassermann 169. 171. 267.
 Watanabe, S. 57. 86.
 Watraszewski 24. 63.
 Weber, F. P. 355. 379.
 Wechsberg 71.
 Wechselmann, W. 22. 56.
 72. 239. 240.
 Weidenfeld 160.
 Weidenreich, Fr. 108.
 Weiland, W. 253.
 Weintraub, R. 337.
 Weintraud 67. 248.
 Wellcome 155.
 Welz, A. 378.
 Wenniger, De Buy 96.
 Werner, Rich. 74. 305.
 Werther 255.
 Westphal 286.
 Wetterer 126.
 Wewiorowski 255. 256.
 White, Ch. H. 174. 210. 212.
 Wicherkievicz 288.
 Wickham 195. 196. 198.
 254.
 Widai 94.
 Wiesener 189.
 Wilborts 15.
 Wildbolz, H. 125.
 Williams, T. S. B. 109. 308.
 Wilms 350.
 Winkler 300.
 Winter, H. 278.
 Winternitz, R. 182. 203.
 Wiśniewski 231.
 Witte 104.
 Wohl 73.
 Wojciechowski 64.
 Wolf 366.
 Wolff, A. 160. 241. 288.
 — S. 366.
 Wolfsohn, G. 113. 175. 208.

Wolters, Max 64.
Wossidlo, E. 250.
Wright 169. 170. 201.
Wurm 175.

Yamamoto, J. 83.

Zaloziecki 56.

Zdanowicz 253.
Zeissl, v. 104.
Zeller, A. 74.
Zickler 112.
Ziegler 168.
Zieler 71.
Ziemann 52. 270.
Ziembicki 242.
Zinsser, F. 61. 184.

Zimmern, F. 86. 323. 325.
346.
Zomakion 377.
Zsigmondy 73.
Zumbusch 127.
Zurhellen, E. 382.
Zürn 223. 320.
Zweig, L. 208.

II. Sachregister.

Abdominaltyphus 303.
Abortivbehandlung der
 Syphilis 54. 122.
Abortivkuren 117. 216.
Acanthoma adenoides cysti-
 cum 80.
— papillare 340.
Acanthosis nigricans 48.
 210. 223.
Achorion 279.
— Quinckeum 114.
Achselweißdrüsen 174.
Acid. phenyl. 181.
Acne 127. 159. 229.
— decalvans 20.
— juvenilis 360.
— necrotica 31.
— varioliformis 111.
Acrodermatitis 224.
— atrophicans 81. 383.
— chronica atrophicans
 223. 254.
Acousticus 100.
Acousticusaffektion 101.
Acousticuserkrankungen 371.
Adamon 183. 342.
Adipositas 233.
Adrenalin 319.
Adrenalingehalt des Blutes
 363.
Affe mit Riesenprimär-
 affekt 30.
Affen 235.
Agglutination 365.
Ainhum 115.
Akzessorischer Gang 236.
Albuminurie 253.
Alexingehalt 69.
Alkalibehandlung 253.
Alopecia 9. 96. 306.
— areata 9. 212. 234. 277.
 306. 360.
— neurotica 9. 338.
— seborrhoica 8. 16. 274.

Altsalvarsan 121. 160. 314.
Alt tuberkulin 83. 307.
Amaurosis 379.
Amblyopie 379.
Amerikanischer Ursprung
 der Syphilis 247.
Amidoacotoluolsalbe 109.
Amidoazodolen 149.
Amidoazotoluol 149.
Amphotropin 28.
Amyloid 332.
Amyloiddegeneration der
 Haut 332.
Analekzem 229.
Anaphylaxie des tuberku-
 lösen und leprösen Se-
 rums 365.
Anethodermia 159.
Angina pectoris 379.
— Plaut-Vincenti 130.
— Vincenti 185.
Angiokeratoma 384.
Angiolupoide 235.
Angiome 16. 210. 332.
Angstneurosen 363.
Angulus infectiosus 276.
Anogon 119.
Anomalie der Haare und
 Nägel 212.
Anonychia 81.
Anreicherungs methode 102.
Antiformin 102.
Antigene 53. 187.
Antigonokokkenserum 168.
Antikörper 170. 365.
Antileprol 83.
Antiluëtin 375.
Antimeningokokkenserum
 168.
Antimonpräparate 283.
Antiphlogose 106.
Antipolul 317.
Antisepsis der Harnwege 28.
Antisyphilitica 375.

Antisyphilitikum 215. 243.
 312. 374.
Aortenaneurysmen 186.
Aortenerkrankungen 282.
Aortitis 282.
Apoplexie 378.
Argent. colloidal 182.
Argentumimprägnation der
 Nervenfasern 369.
Argentum proteïnium 230.
Argulan 378.
Arm 75.
Armlähmung 368.
Arsen 60. 156. 361. 369.
 370. 375. 384.
Artenbehandlung 78. 334.
 380.
Arsenderivate 243.
Arsenik 367.
Arsenikvergiftung 218.
Arsen im Harn 73.
Arsenionenwirkung 367.
Arsenkeratose 78. 334.
Arsenmelanose 188.
Arsennachweis im Harn 121.
Arsenobenzol 185.
Arsenophenylglycin 361.
Arsenpräparat 366.
Arsenvergiftete Tiere 150.
Arsenvergiftung 188.
Arsenvergiftungen 368.
Arthigon 118. 172. 173. 201.
 202. 203. 204. 238. 309.
Arthritis 169. 238. 309.
Arthritis chronica 128.
Arthritis gonorrhoeica 149.
Asiatische Pillen 287.
Äskulinsalbe 76.
Asphyxia localis 127.
Asphyxiender Extremitäten
 379.
Aspirationsmethode 348.
Ataxie 372. 376.
Atherom 233.

Äthylhydrocuprein 366.
 Ätiologie der Hautkrankheiten 77.
 Atlas 288.
 — der Hautkrankheiten 158. 222.
 Atophan 21.
 Atoxylsaurer Quecksilber 250.
 Atrophia cutis senilis 360.
 — maculosa 81. 159. 223.
 Atrophische Hautnarben 152.
 Atrophisierende Dermatiden 81.
 Atropin 106.
 Auge 56. 174.
 Augenlider 76. 229.
 Augenmuskelnerven 57.
 Aurum 247. 307.
 Ausscheidung und Ausnutzung des Jods 376.
 Ausstrichpräparate 103.
 Autointoxikation 179.
 Autolyse 56.
 Autovakzination 274.
 Autovakzine 114. 231.
 Azetonextrakt 186.
 Azodolen 149. 332.
 Azodolensalbe 109.
 Azospermie 381.

Bacillus fusiformis 185.
 — — aus der Mundhöhle 90.
 Bacterium coli 32.
 — paralacticum 46.
 Bäder 319.
 Bakterielle Infektionen 59.
 Bakterien der Mundhöhle 260.
 Bakteriengehalt der Haut 15.
 Bakterienpräparate 375.
 Bakteriolyse 71.
 Bakteriotherapie 46. 156.
 Balanitis 46. 138.
 Balneotherapie 313.
 Barthaare 149. 361.
 Baryumsulfatmodifikation 54.
 Bazillennachweis 365.
 Behaarte Kopfhaut 112.
 Behaarung 108.
 Beingeschwüre 333.
 Berufsekzeme 362.
 Bestrahlungslampe 17.
 Bettnässen 124.
 Bewegungen des Uterus 106.
 Bierhefe 46.
 Bilharziosis 53.
 Biologische Strahlenwirkung 229.

Biozzahnpaste 258. 260. 262. 263.
 Biozyme 329.
 Bitartrato-Kaliumammoniumantimonoxyd 375.
 Blase 106. 253.
 Blasenantisepticum 119.
 Blasendarmfistel 378.
 Blasenkatarrh 372.
 Blasen fisteln 250.
 Blasenkrankheiten 94.
 Blasensyphilis 220. 372. 373.
 Blastentumoren 372.
 Blastomykose 116. 181. 309. 340.
 Blastomyzeten 117.
 Blatternarbe 362.
 Blei 175. 331.
 Bleiazetatlösung 109.
 Bleiglas 331.
 Bleigummi 331.
 Bleisilikat 122.
 Bleivergiftung 121.
 Blutinjektion 307.
 Blutserum 26. 53. 91. 102. 120. 314. 381.
 Blutströmung 22. 368.
 Boecksche Krankheit 80.
 — Sarkoid 235.
 Botryomykosis 339.
 Bouba 96.
 Boubas brasiliensis 308.
 Breiumschläge 108.
 Brocqsche Krankheit 275.
 Brom 299.
 Bromoderma tuberosum vegetans 17.
 Brucksche Vakzine 201.
 Brustdrüse 125.

Cadogel 332. 333.
 Calomelinjektionen 377. 378.
 Cancer 191.
 — cutane 191.
 Caput gallinaginis 105. 106.
 Carcinom en cuirasse 113.
 Cavernitis penis migrans 125.
 Centralblatt für die gesamte Chirurgie 288.
 — für die gesamte Gynäkologie 288.
 Cervixgonorrhoe 172.
 Chancre redux 157.
 Chaulmoogra 83.
 Chaulmoograöl 234. 235.
 Chemie der Haut 175.
 Chemismus der entzündlichen Gefäßwand 273.
 Chemotherapie 157.
 — der Spirochätosen 346.
 Chinin 153. 299.

Chinininfusionen 179.
 Chininsalbe 370.
 Chininsalze 299.
 Chinintherapie 363.
 Chirurgische Eingriffe 198.
 Chlor 299.
 Chlorzink 15.
 Chlorzinkfixierung 15.
 Choc en retour 246.
 Chokolin 20.
 Cholesterin 92. 284.
 Choleval 182.
 Chondrom der Haut 276.
 Chromsäure 300.
 Chrysarobin 15. 272.
 Chrysarobinsalbe 272.
 Clyasma 310.
 Cochlearis bzw. vestibularis 371.
 Coeliacin 212.
 Coitus interruptus 192.
 Colitis 183.
 Collessches Gesetz 54. 90. 246. 380.
 Colliculus seminalis 105.
 Combustio 223.
 Condyloma acuminatum 17.
 Condylomata lata 254.
 Conjunctivitis gonorrhoeica metastatica 237.
 Cornua cutanea 49. 117. 305.
 Creeping disease 115.
 Cutireaktion 26.
 Cutisdefekte 337.
 Cutismyome 277.
 Cutis verticis gyrata 178. 337.
 Cycloform 74.
 Cycloformsalbe 74.
 Cystitis tuberculosa 372.

Dariersche Dermatose 31.
 Dauerhefepräparat 329.
 Dementia paralytica 250.
 Denkmalsenthüllung 256.
 Depigmentationsmittel 299.
 Dermatitis exfoliante 191.
 Dermatitiden 126.
 Dermatitis 81. 109. 209. 301.
 — Duhring 229.
 — exfoliativa 174.
 — herpetiformis 114. 174. 254. 360.
 — nuchae sclerotisans 177.
 — papillaris capillitii 16.
 — repens 334.
 — symmetrica dysmenorrhoeica 176. 177. 273.
 — universalis exfoliativa 352.

Dermatologie 207. 297. 382.
 Dermatologische Enzyklo-
 pädie 254.
 — Gesellschaft 160.
 Dermatomykosen 213.
 Dermatomyositis 47.
 Dermatoneurosen 113.
 Dermatosen 272.
 — der Mundhöhle 29.
 — gonorrhoeischen Ur-
 sprungs 182.
 Dermatotherapie 329.
 Dermoidzysten des Mund-
 bodens 29.
 Desinfektionsverfahren 6.
 Detätowierung 75.
 Deutsche Dermatologische
 Gesellschaft 192.
 Diabetes 96. 333.
 Diabetie 30.
 Diätbehandlung 51.
 Diätetische Beeinflussung
 229.
 — Regime 229.
 Diathermie 230.
 Dijodoxybenzolparasulfo-
 saures Quecksilber 119.
 Diphtheriebazillen 115.
 Diphtherieserum 115.
 Diplokokken 310.
 Distention der Blase 60.
 Dosis therapeutica steri-
 lisans 375.
 Ducreysche Bazillen 116.
 — Streptobazillen 310.
 Ductus deferens 94.
 Dymal 298.
 Dysidrosis palmaris 111.
 Dystrophie 92. 127.

Eczema ani 383.
 Ehekonsens 370.
 Ehrlich-Hata 250. 372.
 Ehrmannsche Luesphäno-
 men 220.
 Eigenblut 360.
 Eigenserum 229. 360.
 Einfluß des Salvarsans auf
 die Nieren 86.
 Einreibungen 64.
 Einreibungskur 377.
 Eisenarseninjektionen 335.
 Eitrige Erkrankungen der
 Harnwege 51.
 Eiweiß 376.
 Eiweißabbau 272.
 Eiweißbestimmungen 61.
 Eiweißkörper 77.
 Ekthyma 31. 111.
 Ekzem 47. 95. 110. 111. 136.
 149. 207. 224. 229. 275.
 291. 294. 334. 352. 360.

Ekzem des Säuglings 332.
 — seborrhoisches 48.
 Ekzema ani 139. 319.
 — capillitii 190.
 — chronicum 179. 287.
 — mammae 254.
 — manuum 223.
 — marginatum 230.
 — seborrhoicum 159. 302.
 351.
 — seborrhoicum psoriati-
 forme 17.
 — squamosum 127.
 — tyloticum 30. 63.
 Ekzematöse Dermatitis 334.
 Elastin 360.
 Elastische Faserfärbung
 364.
 Elektrargol 148. 149.
 Elektrokoagulation 287.
 Elektrolyse 152.
 Elephantiasis 256.
 Ellenbogen 75.
 Embarin 374.
 Embarininjektionen 375.
 376.
 Embarinüberempfindlich-
 keit 376.
 Encephalitis haemorrhagica
 86.
 Endoskopie 93.
 Endotheliome 29.
 Endotoxine 376.
 Enesol 60. 175. 176. 246.
 370. 376.
 Enesolbehandlung 53.
 Enthaarungsmittel 319.
 Entzündung 107. 177.
 Enzephalitis 21. 284. 366.
 379.
 Eosinophilie 361.
 Epidermispilze 76.
 Epidermolysis 197.
 — bullosa 151. 277.
 — — hereditaria 47. 278.
 Epidermophyton plicarum
 231.
 Epididymitis 20. 103. 105.
 106. 108. 118. 145. 147.
 148. 149. 168. 202. 205.
 238. 309. 310. 381.
 — gonorrhoeica 104. 142. 143.
 144. 147. 202.
 — parotideae 251.
 Epididymitiden 110.
 Epilepsie 96.
 Epileptiforme Anfälle nach
 Salvarsan 217.
 Epileptische Anfälle 244.
 Epitheliom 210. 305. 332.
 335.
 Epitheliombehandlung 112.
 Ergrauen 162.

Ergrauen der Haare 162.
 Erosive Papeln 27.
 Erreur de sexe 382.
 Erweichung 378.
 Erysipeloid 153.
 Erysipeloidfrage 153.
 Erythem 78. 88.
 Erythema elevatum 78.
 — exsudativum multiforme
 276. 303.
 — — vegetans 276.
 — faciei 127.
 — glutaeale 126.
 — induratum 309. 341. 364.
 — infectiosum 14.
 — iris 30.
 — mycoticum 126.
 — nodosum syphiliticum
 59.
 — photochemic. 76.
 — tertiarium 128.
 — vacciniiforme 126.
 Erythème infiltré 230.
 Erythemtypen 126.
 Erythrasma 96.
 Erythrodermia desquama-
 tiva 126.
 Erythrodermie 275. 301.
 Erythromyelie 81.
 Erythrozytenzylinder 189.
 Evol 273.
 Exanthemata ex usu Bromi
 17.
 Experimentelle Syphilis 59.
 Exsudative Diathese 149.

Farblose Schmierkur 285.
 Farbstoff der Haut 207.
 Färbung der Haare 319.
 Färbungen 15.
 Favus 76. 190. 213. 339.
 Fäzes 154.
 Fazialis 100.
 Fazialislähmung 100. 101.
 377. 378.
 Fazialisparalyse 99. 377.
 Fazialisparese 101.
 Febris herpetica 212.
 Fermentin 29.
 Fett 331.
 Fettantikörper 234.
 Fettfärbung 15.
 Fettgehalt der Epidermis-
 zellen 17.
 Fettgehalt des Epithels 18.
 Fettinfiltration 18.
 Fibroblasten 210.
 Fibrolysin 192. 375.
 Fibrolysininjektionen 75.
 Fibroma subcutis 49.
 Fieber 59. 241.
 Filaria 96. 115.

Filariosis 96.
 Fingerekrzeme 362.
 Fingernägel 358.
 Fingertuberkel 180.
 Finsenlicht 364.
 Fischkost 83.
 Fisteleiterniere 124.
 Fixierung des Gewebes 15.
 Fliegenlarve 339.
 Fluor 343.
 Folliculitis 152. 176.
 Folliculitis atrophicans 306.
 — nuchae sclerotisans 16.
 Follikultiden 29.
 Formalin 273.
 Formalinfixierung 15.
 Fötale Lues 373.
 Fötus 52.
 Foudroyante Syphilis 366.
 Framboesia 96.
 — bei Kaninchen 22.
 — tropica 306.
 Frenulum praeputii 155.
 Froschaugenphänomen 363.
 Frühsyphilis 316.
 Fulguration 152.
 Funiculitis 20.
 Furunkel 299. 362.
 Furunkulin 298.
 Furunkulose 208.

Gallensaure Salze 51.
 Gefäßanordnung 362.
 Gefäßgebiete 362.
 Gefäßordnung in der Haut 361.
 Gehörorgan 217.
 Gehörstörungen 377. 378.
 Gefrierpunkt des Blutes 317.
 Gelenkerkrankungen 52.
 Generalisierte Syphilis 22.
 Geschlechtsdrüsen 94.
 Geschlechtsfunktionen 351.
 Geschlechtskrankheiten 203.
 Geschlechtsverkehr 318.
 Geschwürsformen 206.
 Gesichtslähmungen 99.
 Gesichtslupus 74. 304. 305.
 Gewebetemperatur 230.
 Gewebedermatose 352.
 Gewerbehygiene 224.
 Gingivitis 132.
 Glatze 9.
 Gleitmittel 182.
 Glykosin 182.
 Glycerin 182.
 Glycerin, Stärkepaste 175.
 Goldmethode 73.
 Goldschmidtsches Instrument 52.

Gonargin 310.
 Gonitis gonorrhoeica 119.
 Gonokokken 51. 104. 105.
 115. 155. 168. 310.
 Gonokokkenantigen 85.
 Gonokokkendiagnose 52.
 Gonokokkenvakzine 20. 52.
 118. 145. 156. 167. 171.
 203. 204. 205. 237. 238.
 Gonorrhoe 20. 21. 85. 106.
 117. 140. 155. 156. 172.
 204. 236. 237. 281. 282.
 309. 342.
 — beim Weibe 236. 281.
 — des Mannes 238.
 Gonorrhoebehandlung 203.
 205.
 Gonorrhoeotherapie 20.
 Gonorrhoeische Allgemeinerkrankung 282.
 — Arthritiden 21.
 — Arthritis 168.
 — Epididymitis 103. 142.
 148. 167. 201.
 — Gelenkentzündung 118.
 155.
 — Komplikationen 203.
 — Mittelohrentzündung 237.
 — Prozesse 237.
 Gramfarbstoff 343.
 Gramfärbung 52.
 Granoplasma 175.
 Granuloma anulare 384.
 — pediculatum 32.
 — teleangiectoticum manus 48.
 Gravidität 174. 366.
 Gruppierungen d. Haare 224.
 Guineawurm 349.
 Gummata des Gaumensegels 92.
 Gummiblei 331.
 Gummöse Syphilis 380.
 Gynaecomastia 125.

Haar 75. 77. 109. 163. 224.
 Haaranomalie 302.
 Haarausfall 35. 109.
 Haarerkrankungen 254.
 Haarlosigkeit 152.
 Haarpflege 14. 16. 330.
 Haarschwund 360.
 Haarspiritus 16.
 Haarsystem 15.
 Haarveränderung 34.
 Haarwanderungen 223.
 Haarwasser 76.
 Haarwechsel 298.
 Haarzunge 190.
 Haemangioendothelioma 159.

Hammelblutambozeptoren 382.
 Hämoglobin 107. 243.
 Hämolyse 53. 243. 249. 375.
 Hämolytische Eigenschaft. des Blutserums 381.
 Hämorrhagie 378.
 Hämorrhagische Hautsarkome 159.
 — Nephritis 92.
 — Syphilis 379.
 Hausensche Bazillen 154.
 Harn 61.
 Harnantiseptica 28.
 Harnblase 253.
 Harnentleerung 28. 251.
 Harnleiter 124.
 Harnleiter-Scheidenfistel 28.
 Harnröhre 117.
 Harnröhrenbeleuchtung 93.
 Harnsäure 382.
 Harnsedimente 188.
 Harnverhaltungen 221.
 Haupthaar 224.
 Haut 150.
 Hautarterie 361.
 Hautatrophie 81.
 Hautbakterienflora 15.
 Hautdiphtherie 115.
 Hautentzündungen 207.
 Hauteptitheliome 16.
 Hautfarbstoff 207.
 Hautjucken 273.
 Hautkankroid 197.
 Hautkarzinom 276. 297. 304.
 Hautkrankheiten 194. 196. 229. 359.
 — der Diabetiker 333.
 Hautmetastasen 276.
 Hautnerven 300.
 Hautnervenapparat 233.
 Hautreaktion 330.
 Hauteiz 47.
 Hautsarkom 49.
 Hautsarkomatose 190. 210.
 Hautalgsekretion 272.
 Hauttherapie 298.
 Hauttuberkulose 153. 197. 215. 364.
 Hautwülste 229.
 Hechtsche Reaktion 120.
 Heilmittel 378.
 Heiratskonsens 237.
 HeiBluftkauterisation 74.
 HeiBwasserspülungen 85.
 Hektin 288. 308. 334.
 Hematurie 93.
 Hemicanities 175.
 Hemiplegie 175.
 Hereditäre Lues 92. 288.
 Heredodystrophie 55.

Heredosyphilis 92.
 Herpes zoster 50. 213. 317.
 Herzheimersche Fasern 331.
 — Reaktion 21. 325. 372.
 Hexal 51. 119. 140. 238. 381.
 Hexametylentetramin 28.
 Hg-Atoxy 250.
 Hg-Behandlung 242. 377.
 Hg-Darreichung 247.
 Hg-Einreibungen 63.
 Hg. salicyl. 316.
 Hg-Verbindungen 378.
 Hidrocystoma tuberosum
 multiplex 306.
 Hirn 250.
 Hirnhäute 370.
 Hirnkapillaren 366.
 Hirnpunktion 369.
 Hirnrinde 250. 369.
 Hirnschwellungserscheinungen 21.
 Hirsyphilis 377.
 Histoplasmosis 309.
 Histopin 362.
 Histopinsalbe 362.
 Hitzeapplikation 107.
 Hitzebehandlung 107.
 Höchster Farbwerte 192.
 Hoden 120.
 Hodensyphilom 352.
 Horngebilde 77.
 Hornhaut 27.
 Hornstacheln 151.
 Hör- und Gleichgewichtsstörungen bei Lues 371.
 Hühner 378.
 Hühnerspirillose 283.
 Hydradenoma eruptivum
 306.
 Hydrarg. oxycyanatum 61.
 — salicyl. 30.
 Hydroa 207.
 — aestivalis 76.
 — vacciniiforme 362.
 Hydrogen. peroxyd. 116.
 Hyperidrosis 113. 139. 190.
 — pedum 359.
 Hyperkeratose 232. 301.
 Hyperleukozytose 370.
 Hyperthermie 241.
 Hypertrichosis 17. 95. 333.
 Hypoderma bovis 339.
 — lineata 115.
 Hypophyse 15.
 Hypospadias peniscrotalis
 382.
 Hypothyreoidismus 277.

Ichthargan 362.
 Ichthargansalbe 362.
 Ichthyol 15.
 Ichthyosiform. Naevus 211.

Ichthyosis 209.
 Icterus gravis 379.
 Idiopathische Erytheme 78.
 Immunisierung 145. 169.
 205.
 Immunisierungsversuche
 284.
 Immunität 213. 246.
 — bei Syphilis tarda 379.
 Immunitätserzeugung 377.
 Immunotherapie 114. 335.
 Impetigo 334.
 — cont. 362.
 — herpetiformis gravidarum 214.
 — und Nephritis 334.
 — vulgaris 111.
 Impfschäden 15.
 Impfstellen 110.
 Impfstoff 379.
 Impfungen mit Blut 53.
 Incontinentia urinae 252.
 Indigkarmin 124.
 Indikanurie 350.
 Indikationsstellung des Salvarsans 367.
 Infarzierung d. Hodens 349.
 Infektion 213.
 Infektion bei Trypanosomen- und Spirochäten-
 erkrankungen 373.
 Infektion, bovine 51.
 — der Niere 286.
 — humane 51.
 Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen 373.
 Infusion 346.
 Initialsklerose 58.
 Injektionen von Salvarsan
 89. 346.
 — konzentrierter Neosalvarsanlösungen 323.
 Injektionskur 285.
 Innere Sekretion 359. 360.
 Intrabulbärer syphilitischer
 Tumor 288.
 Intrakutanreaktion bei
 Syphilis 25.
 Intralumbale Injektion von
 Neosalvarsan 22.
 Intramuskuläre Injektionen
 64.
 Intravenöse Infusionen 67.
 — Salvarsaninjektionen 21.
 56. 58. 316.
 Inunktionskur 285. 366.
 379.
 Ionenlehre 110.
 Iridochorioiditis 58.

Jahrbuch 287.
 Jahresbericht 352.

Jakutenspeise 83.
 Janetsche Spülungen 118.
 Jod 57. 110. 313. 366. 373.
 376.
 Jodalkalien 375.
 Jodbehandlung 164.
 Joddarreichung 23.
 Jodeiweiß 149.
 Jodfersan 73.
 Jodgehalt 371.
 Jodipin 164. 166. 310.
 Jodipindarreichung 164.
 Jodismus 164. 372.
 Jodival 73.
 Jodkali 371.
 Jodkalium 371. 376.
 Jodmethylenblau 180.
 Jodoform 116.
 Jodostarin 73. 175. 371.
 Jodpräparate 46. 371.
 Jodquecksilber 120.
 Jodquecksilberverbindungen 119.
 Jodtherapie 167.
 Jodtropon 376.
 Johabehandlung 242.
 Johainjektionen 242.
 Jucken 299. 304.
 Juckende Dermatosen 295.
 296.

Kalium aurumcyanaticum
 384.
 — cyanatum 247. 307.
 Kalkablagerungen 190.
 Kalksalze 188.
 Kalomel 316.
 Kalomelinjektionen 71.
 Kalomelöl 242.
 Kälteanwendung 79.
 Kampfersäure 28.
 Kaninchen 59. 120.
 Kaninchenimpfung 91.
 Kaninchensyphilis 283.
 Karboneol 110.
 Karzinom 80. 276.
 Karzinombildung 112.
 Kastration 125.
 Kathetercreme Gantesol 61.
 Katheterismus 61. 253.
 Keloide 16. 190. 297. 332.
 Keloidwucherung 191.
 Keratine 77.
 Keratitis parenchymatosa
 23. 241.
 — profunda 157.
 — specifica 22.
 Keratodermie 182.
 Keratoma dissipatum 232.
 — palmare et plantare hereditarium 232. 233. 301.
 Keratosen 152.

Keratosis der Handteller 301.
 — plantaris 92.
 — spinulosa 151.
 Kinderekzeme 351.
 Klappenfehler 186.
 Kochsalzauswaschungen 330.
 Kochsalzbad 366.
 Kochsalzlösung 298.
 Kohlehydrate 331.
 Kohlensäure 20. 191. 332.
 Kohlensäuregefrierung 304.
 Kohlensäurereaktionen 207.
 Kohlensäureschnee 19. 73. 76. 152. 297. 332.
 Kohlensäureschneemethode 228.
 Kohlensäureschneeverfahren 228.
 Kollargolfüllung 251.
 Kollaterale 361.
 Kolloidale Substanzen 330.
 Kolloidales Teepräparat 333.
 — Quecksilber 76.
 Kolloide 330.
 Kolloidpräparate 76.
 Kombinationstherapie 375.
 Komplementablenkungsreaktion 113.
 Komplementbildung 186.
 Komplementbindung 53. 69. 365.
 Komplementbindungs-methode bei gonorrhoeischen Erkrankungen 85.
 Komplementbindungsreaktion 310.
 Komplementschwund 381.
 Kondom 5. 6.
 Kondylome, spitze 46. 237.
 Kongenitale Lues 282.
 — Syphilis 283.
 Kontraluesin 67. 156. 191. 248.
 Kontrolluesinbehandlung 371.
 Konzentrierte intravenöse Salvarsaninjekt. 370.
 Kopfhaar 108.
 Kopfttrichophytie 160.
 Körpereiweiß 361.
 Körpertemperatur 230.
 Kosmetik 287. 319. 330.
 Kotballen 94.
 Krankheiten des Mundes 29.
 Krätze 278.
 Kratzsche Suspension 12.
 Kraurosis vulvae 18.
 Krebs 112. 335.
 Kreosotseife 273.
 Kromayersche Lampe 73. 236.

Kryoskopie 317.
 Kuhpocken 274.
 Kupferbehandlung 191.
 Kupferleuzithin 112.
 Kupferpräparate 180.
 Kystoskopie 251.
 Laboratoire praticien 128.
 Labyrinthkrankung 217.
 Lähmungen 99.
 Latente Lues 249.
 Leber 59.
 Leberzirrhose 379.
 Lehrbuch 253.
 Leichenblut 381.
 Leichttuberkel 153.
 Leiomioma cutaneo 211.
 Leiomyositis cutis 47.
 Leishmaniosis 181.
 Lenicet-Bolus 343.
 Lenigallol 63.
 Lepra 70. 71. 82. 83. 101. 103. 154. 181. 214. 234. 235. 280. 308. 341. 364. 365. 372.
 Leprabazillen 82. 83. 101. 102. 103. 154. 214. 215. 235. 308. 341. 364. 365.
 — im Stuhl 279.
 Leprabazillenkulturen 154.
 Lepraerreger 235. 341. 364.
 Leprakranke 365.
 Lepra maculosa 101.
 Leprasera 365.
 Leprasorum 70.
 Leprol 83.
 Leprolin 365.
 Leprome 102. 235.
 Lepröse Ratten 82.
 Leprosorium 70.
 Leptomeningitis 188.
 Leucoderma syphiliticum 220.
 Leukämie 50.
 Leukomelanodermie 55.
 Leukonychia totalis 355.
 Leukoplakie 32.
 Leukoplasie 18.
 Leukozyten 107.
 Lichen 81. 110. 301.
 — nitidus 230.
 — ruber 191.
 — ruber planus 320.
 — — verrucosus 332.
 — scrophulosorum 364.
 — simplex chronicus 179.
 — spinulosus 151.
 Licht 273.
 Lichteinwirkung auf die Haut 76.
 Lichtfilter 273.
 Lichtreaktionen 207.

Lichttherapie 12.
 Linersche Einspritzungen 114.
 Lipoide 91.
 Lipoideinlagerungen 273.
 Lipoidtröpfchen 360.
 Lipojodin 375.
 Lippenkrebs 305.
 Lippenpomade 190. 254.
 Lippenschleimhaut 111.
 Liquor 73.
 Liquor-Blutgemisch 374.
 Liquor carbon. deterg. 95.
 — cerebrospinalis 56. 316. 369.
 — lumbalis 374.
 Liquoruntersuchungen 316.
 Liquorveränderungen 316.
 Litholapaxie 94.
 Livedo reticulata 379.
 Lues 52. 72. 109. 160. 183. 186. 187. 217. 237. 239. 241. 244. 245. 247. 248. 325. 367. 371. 373. 375. 376. 380.
 — cerebialis 24.
 — cerebrospinalis 382.
 — des Nervensystems 249.
 — congenita 360.
 — des Pankreas 96.
 — haemorrhagica 379.
 — tarda gummosa 24.
 Luetiker 381.
 Luetin 26. 380.
 Luetinreaktion 380.
 Luetische Infektion 373.
 Luftfüllung der Blase 252.
 Lumbalpunktat 157. 371.
 Lumbalpunktion 219. 317. 382.
 Lumbalsack 56.
 Lungenlues 242.
 Lupus 16. 74. 84. 180. 211. 235. 297. 307. 329. 340.
 Lupusbehandlung 180. 236.
 Lupuserkrankungen 74.
 Lupus erythematodes 19. 127. 190. 191. 338. 383.
 — erythematosus 82. 113. 214.
 — — disseminatus 279.
 Lupusheilstätte 128.
 Lupuskarzinom 109.
 Lupus miliaris disseminatus 50.
 Lupustherapie 153.
 Lupus vegetans exulcerans 236.
 — vulgaris 20. 50. 51. 109. 117. 190. 191. 215. 384.
 Luteinreaktion der Kaninchenhaut 374.
 Lymphadenom 18.

Lymphangioendotheliom 159.
Lymphangioendothelioma tuberosum 159.
Lymphangiom 332.
Lymphangioma tuberosum multiplex 80.
Lymphangitis epizootica 309.
Lymphansammlung 107.
Lymphatische Leukämie 20
Lymphdrüse 373.
Lymphogranulomatose der Haut 84.
Lymphorrhagie 107.
Lymphozytose der Spinalflüssigkeit 243.
Lymphwege 105.
Lysol 273.

Madurafuss 339.
Magengumma 282.
Magen-syphilis 282.
Magnesia 176.
Magnesium sulfuricum 150.
Mais 79.
Maladie de Dercum 233.
— de Paget 191.
Malakoplakie 189.
Malaria 122.
Mal franco 247. 311.
Mammakarzinom 113. 233.
Männliche Gonorrhoe 236.
Mastisolverband 79.
Mastixlösung 329.
Mastzellentumor 79.
Mäuse 378.
May-Giemsa-Essigsäure-Färbungsmethode 174.
Meerschweinchen-serum 283.
Melanin 207.
Melanodermie 46. 347. 360.
Melanose der Haut 113.
Meningitis 369. 378. 379.
— cerebrospinalis luetica 372.
Meningococcus 168. 310.
Menthol 30.
Mergal 187.
Merjodin 247.
Merkblatt für Soldaten 384.
Mesothorium 297. 335. 352.
Mesothoriumbestrahlungen 364.
Metalues 380.
Metalliker 381.
Metasyphilis 22. 54.
Metastatischer Krebs 233.
Mikrococcus 310.
Mikrosporie 76. 227. 228.
Mikulicz'sche Krankheit 29.
Milch 120. 331.

Milchdrüse 364.
Milchsäurebazillus 46.
Milchsäurefermente 46.
Miliarlupoid 80.
Milieu 80.
Milzbrand 89. 153. 214. 317.
Mißbildung der Gesichtshaut 229.
Mißbildungen der Haut 95.
Mitochondrien 331.
Molarzähne 61.
Molluskum 178.
— contagiosum 81. 336. 352.
Molyform 299.
Morbus Basedow 313.
— Brunogallicus 318.
— gallicus 311.
Morosche Tuberkulinprobe 279.
Mortalität 378.
Muchsche Granula 340.
Mücken 96.
Mund 61.
Munderkrankungen 61.
Mundhöhle 130. 259. 262.
Mundkrankheiten 29.
Muskelkontraktionen 106.
Mycetoma 339. 340.
Mycosis fungoides 31. 84. 109. 192. 275. 280. 342. 352. 384.
Myelin 273.
Myiasis 339.
Myocarditis syphilitica neonatorum 282.
Myome 277.
Myxödem 277. 359.

Nabelschnurentzündung 120.
Nabelstrang 52.
Nackenkneid 177.
Naevi 82. 297.
— sebacei 305.
Naevikarzinome 113.
Naevus carcinoma 211.
Naevus 211.
— angiomatodes 191.
— linearis unius lateris 336.
— linearis verrucosus 336.
— verrucosus 30. 191.
Nägel 355.
Nagelerkrankungen 16.
Nägel der Zehen 358.
Nagelkeratin 77.
Narbenbildung 191.
Nasofazialgruben 76.
Nässende und juckende Dermatosen 291.
Nastin 83. 234. 308.
Natrium arsenicosum 367.

Natrium Cholein. 182.
— subsulfurosum 96.
Nebenhoden 144. 202.
Nebenhodentuberkulose 381.
Neige carbonique 191.
Neosalvarsan 22. 23. 55. 56. 57. 72. 88. 100. 121. 185. 192. 215. 241. 243. 311. 312. 313. 314. 316. 322. 343. 347. 348. 366. 368. 369. 372. 375. 384.
Neosalvarsanbehandlung 55.
Neosalvarsaninfusionen 56. 239.
Neosalvarsaninjektionen 312.
Neosalvarsanlösung 316.
Neosalvarsanvergiftung 240.
Neosalvarsanwirkung 241.
Nephrektomie 124. 318.
Nephritis 79. 122. 185. 334.
— haemorrhagica 21.
— syphilitica acuta praecox 283.
— syphilitiques 185.
Nephrolithiasis 317.
Nephrostomie 124.
Nervenzlähmungen 98.
Nervensystem 244. 366.
Nervus acusticus 371.
— facialis 98.
— hypogastricus 105.
Neuansteckungen 370.
Neuinfektion 54.
Neurasthenie 371.
Neuritis optica 56.
Neuritische Veränderungen des Nervus acusticus 371.
Neurodermitis chronica 179.
Neurofibromatosis 255.
Neuroreaktionen 88.
Neurorezidive 55. 58. 88. 99. 100. 217. 218. 241. 244. 377. 378.
Neurotropie des Salvarsans 73. 314. 346.
Nichtinaktiviertes Serum 60.
Nichtsyphilitische Spirochätenerkrankungen 130.
Nieren 87. 94. 124. 239. 318.
Nierensyphilis 378.
Nieren von Syphilitikern 186.
Nierenblutungen 189.
Nierendagnostik 93.
Nierenechinococcus 28.
Nierenreizung 75.
Nierentuberkulose 124. 221.
Nierenveränderung 317.

Nitrogen 275.
Noma 185.
Normalduschemassage 382.
Norwegen 154.
Noviform 327. 330.
Nukleinsaures Natron 369.

● **Oculomotoriuslähmung** 56.
377.

Ödem 304.
Ohr 371.
Ohrknorpel 86.
Ohrstörungen 217.
Oidomykose 116.
Oleum Cadini 333.
— cinereum 71. 242.
— gynocardiae 83.
— ruscii 15. 319.
Oligotrichiasis atrophicans
faviformis 254.
Onycholysis 16.
Ophthalmoskop 288.
Opsonine 170.
Opsonischer Index 46.
Opsonogen 208.
Orchitis 251. 349.
— akute 317.
Orificium urethrae 105.
Original Gonokokkenvak-
zine Menzer 237.
Orchitis syphilitica 374.
Organotropie 378.
Orzeinfärbung 15.
Osmiumsäure 18.
Ovarien 208.
Oxydation des Schwefels
150.

● **Pallidaformen** 315.
Papillomata accuminata
111.
Paradoxe Sera 26.
Paraffininfiltration der Haut
255.
Parakeratose 17.
Parakeratosis variegata 274.
Paralyse 22. 24. 53. 121.
269. 285. 286. 315. 344.
369. 373. 377. 378. 379.
382.
Paralytiker 369.
Paraplegie 23.
Parapsoriasis 209. 301.
Parasitäre Hauterkan-
nungen 74.
Parasiten des Lymphgefäß-
systems 373.
Parasitotropie 378.
Parasyphilis 373.
Paraurethrale Gänge 155.
Parfümerie 318.

Parotitis epidemica 251.
Paroxysmale Hämoglobin-
urie 252.
Pathologie 192.
Payrsche Methode 305.
— Operation 304.
— bei Gesichtslupus 84.
Pebekozahnpaste 263.
Pellagra 79. 181. 320. 338.
Pellagrakommission 320.
Pellidol 149. 332.
Pemphigus 50. 174. 192.
303. 338.
— chronicus 114.
— foliaceus 179. 223.
— malignus 307.
Pemphigusbehandlung 179.
Pemphigusblasen 375.
Penis 236.
Perichondritis gonorrhoea
86.
Perifolliculitis 176.
— multiplex 337.
Periphere Fazialis-
lähmung 99.
Periphlebitis 220.
— syphilitica 221.
Perlèche 276.
Permeabilität der Menin-
gealgefäße 382.
Pfälzer Anonymus 184. 285.
Pferdeserum-Nährboden
218.
Phagozytose 170.
Pharmakodynamische Ein-
flüsse 46.
Phimosenbeseitigung 310.
Phloridzin 124.
Phosphate 188.
Phosphaturie 188.
Physikalische Medizin 287.
Physiotherapie des Lupus
74.
Pian 181.
Pigment 108.
Pigmentanomalien der Haut
73.
Pigmentierung der Mund-
schleimhaut 46.
Pikrinsäure 110.
Pinosol 298. 383.
Pinselhaar 75. 299.
Pittysten 114.
Pityriasis circinata 302.
— lichenoides 274.
— — chronica 301.
— rosea 73.
— versicolor 96.
Pixspor 138.
Plaut-Vincentische Angina
130.
Plexus hypogastricus 106.
Plazenta 320.

Pockennarben 255.
Poliklinik 28.
Poliosis 162. 163.
Pollakiurie 252.
Pollutionen 317.
Polyarthrit gonorrhoea
110.
Polyneuritis 240.
Potentia generandi 125.
Primäraffekte 184. 316.
Primula obconica 109.
Profetisches Gesetz 91. 246.
Progressive Paralyse 24.
120. 286. 368. 369.
Prolaps des Ureters 253.
Prophylaktikum 2. 5. 38.
Prophylaxe 38. 213.
— der venerischen Erkran-
kungen 32.
Prostata 28. 106. 189. 221.
370.
Prostataabszesse 85.
Prostatachirurgie 350.
Prostatahypertrophie 28.
60. 93. 221. 222. 286.
Prostatakarzinom 96.
Prostatakörner 27.
Prostatectomie 221.
Prostatektomierte 250.
Prostatiker 93.
Prostatitiden 85. 110.
Prostatitis 85. 118. 145. 168.
221. 238. 309. 310.
Prostitution 189.
Protargol 47. 230.
Protargolersatz 230.
Protargolinstillationen 7.
Proteine 320.
Protaplasmanachfärbung
15.
Protozoen 284.
Protozoenbefunde 114.
Prurigo 50. 229. 254. 360.
— Hebrae 229.
Pruritus 229. 360.
— ani 63.
— vulvae 114. 319. 351.
Pseudopelade 383.
Psoriasis 78. 79. 109. 111.
122. 159. 175. 176. 190.
209. 223. 297. 300. 301.
320. 333. 363.
— lichenoides 300.
— vulgaris 128. 231. 275.
372.
Psoriasismittel 362.
Psorospermose 352.
Pseudoarea 307.
Pseudomilium 336.
Pseudopelade 19. 255. 307.
Psychosen 244. 374.
Punktion 104. 142. 143.
147. 148.

Funktion des Nebenhodens 145.
 Punktionsbehandlung 143. 144. 145.
 Punktionsflüssigkeit 104.
 Purpura 79. 113.
 — annularis teleangiectodes 192. 209. 303.
 Purpuraepidemie 17.
 Pustulös-hyperkeratosisches Exanthem 282.
 Pyaemide 255.
 Pyelitis 119. 286. 378.
 — gonorrhoeica 118.
 Pyelonephritis 119. 253. 286.
 — gravidarum 94.
 Pyocyaneus-Dermatitis 126.
 Pyodermien 275.
 Pyodermiden 46. 254.
 Pyonephrose 124. 317.
 Pyozyanase 376.
 Pyrogallol 15. 95. 364.
 Pyrogallolmastix 329.
 Pyrogallus-Formalinlösung 27.

Quaddel 209.
 Quarzlampe 16. 73. 95. 191.
 Quarzlampebeleuchtung 74.
 Quarzlampenlicht 364.
 Quarzquecksilberlampebeleuchtung 207.
 Quecksilber 23. 57. 60. 67. 122. 156. 157. 183. 248. 250. 259. 312. 313. 368. 373. 375. 377. 378.
 Quecksilberapplikationen 152.
 Quecksilberbehandlung 71. 122. 374.
 Quecksilberdampfbeleuchtung 74.
 Quecksilbergebrauch 372.
 Quecksilberinjektionen 157. 366.
 Quecksilberkombination 123.
 Quecksilberkur 239. 256.
 Quecksilberlampe 274.
 Quecksilberpräparate 378.
 Quecksilberresorption 370. 371.
 Quecksilbertherapie 59.
 Querfurchenbildung 352.

Rachenhöhle 130.
 Radiodermatitis 333.
 Radium 16. 78. 191. 194. 196. 297. 305. 331. 382.

Radiumapplikation 195.
 Radiumbehandlung 16. 191. 297.
 Radiumbestrahlungen 364.
 Radiumbiologie 254.
 Radiumstrahlen 297. 331.
 Radiumtherapie 80. 196. 198.
 Radiumwirkungen 194.
 Rattenlepra 83.
 Raynaudsche Krankheit 113. 127.
 — Symptome 380.
 Réaction de Wassermann 89.
 Recidive ab initio 157.
 Recklinghausensche Erkrankung 80.
 Reduktion der Gewebe 150.
 Reinduration 245.
 Reinfecio syphilitica 86. 245.
 Reinfektion 192. 245. 378.
 Reinfektionen mit Syphilis 370.
 Reininfektion 157.
 Reinzüchtung der Spirochaeta pallida 31. 90.
 — — Spirochäten 218.
 — — Syphilisspirochäten 26.
 Rekordspritze 316. 323.
 Rektalgonorrhoe 310.
 Repetitorium der Haut- u. Geschlechtskrankheiten 158.
 Residualharmmenge 60.
 Resorzin 15. 108.
 Retinitis 58.
 Rezidiv von Syphilis 58.
 Rhinophyma 305.
 Rhus toxicodendron 109. 301.
 Riedels Berichte 288.
 Riesenzellen 364. 365.
 Riesenzellentumoren 335.
 Rinderherzextrakte 284.
 Rindertuberkulose 180.
 Ringersche Lösung 206.
 Ristin 278.
 Rongalitweiß 300.
 Röntgen 73. 78. 382.
 Röntgenbehandlung 235.
 Röntgenbestrahlung 177. 178. 306.
 Röntgenisation 109.
 Röntgenlicht 364.
 Röntgen-Radiumlicht 382.
 Röntgenstrahlen 47. 76. 109. 152. 174. 175. 208. 301. 304. 331.
 Röntgentaschenbuch 126.
 Röntgentherapie 74. 174. 179.

Röntgenverfahren 189.
 Rosacea 229.
 Rote Blutkörperchen 375.
 Rotlaufinfektion 153.
 Rote und raue Hände 351. 383.
 Rotlaufserum 153.

Salizylsäure 15. 366.
 Saluferinzahnpaste 263.
 Salvarsan 22. 23. 24. 50. 55. 56. 58. 67. 72. 79. 83. 88. 89. 96. 99. 117. 121. 122. 123. 130. 131. 183. 185. 186. 192. 208. 215. 216. 217. 232. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 308. 311. 312. 313. 314. 316. 343. 346. 347. 348. 352. 366. 367. 368. 369. 370. 372. 373. 375. 376. 377. 378. 384.
 Salvarsan-Abortivkuren 242.
 Salvarsananwendung 58. 244.
 Salvarsanära 378.
 Salvarsanbehandelte Mütter 244.
 — — und ihre Kinder 366.
 Salvarsanbehandlung 23. 57. 73. 86. 89. 96. 157. 217. 243. 315. 317. 366. 369. 370. 372.
 — der Syphilis 22.
 Salvarsanbeschädigungen 99.
 Salvarsandermatosen 87.
 Salvarsandososen 346.
 Salvarsaneinspritzungen 314. 378.
 Salvarsanexantheme 215.
 Salvarsanfieber 86. 367.
 Salvarsanfrage 122.
 Salvarsanikterus 245.
 Salvarsaninfusion 21. 31. 67. 86. 218. 237. 244. 284. 345.
 Salvarsaninjektion 21. 22. 57. 58. 83. 96. 122. 217. 218. 240. 242. 314. 316. 345. 346. 347. 367. 377.
 Salvarsanintoxikation 24. 245.
 Salvarsan-Kalomelanbehandlung 245.
 Salvarsanlösung 22.
 — in den Mastdarm 244.
 Salvarsanpräparat Joha 216.
 Salvarsan-Probeinfusion 377.

- Salvarsan-Quecksilberbehandlung 123. 244. 371.
 Salvarsansalben 191.
 Salvarsanschädigungen 241.
 Salvarsantherapie 57. 87. 244. 377.
 Salvarsantod 245. 284.
 Salvarsantodesfälle 217. 239. 377.
 Salvarsan-Tuberkulinmethode 117.
 Salvarsanvergiftung 368.
 Salvarsanwirkung 25. 242. 366.
 Samenblase 106.
 Samenleiter 106.
 Samenstrang 317.
 Sandsack 108.
 Sanitor 7.
 Santalpräparate 182.
 Sapalkolpräparate 16.
 Saprophyt 116.
 Saprophytische Spirochäten 374.
 Sarcopede 115.
 Sarkoid 80. 235.
 Sarkom 49. 113.
 Säuglingsfurunkulose 274.
 Säuglingspraxis 90.
 Saure Salvarsanlösung 22.
 Scabies 127. 338. 339.
 Sanker 157.
 — der Porto vaginalis uteri 377.
 Scharlachrot 149.
 Scharlachrotsalbe 109.
 Scheinzwitter 382.
 Schizomyzeten 81.
 Schleimhautpigmentierung 47.
 Schmierkur 239. 370.
 Schminken 319.
 Schnellfärbungsmethode 27.
 Schönheitspflege 330.
 Schrumpfniere 27.
 Schutzmaterial gegen Röntgenstrahlen 331.
 Schwangerschaft 242. 373.
 Schwangerschaftsdermatosen 114.
 Schwangerschaftstoxidemien 206.
 Schwarzfleckenexanthem 380.
 Schwefel 11. 15. 150. 208. 272.
 Schwefelölung 76.
 Schwefelpräparat 278.
 Schwefelsalben 208.
 Schwefelsäure 299.
 Schwefelstoffwechseluntersuchungen 275.
 Schwefelverbindungen 382.
 Schwefelwirkung 208.
 Schweinerotlauf 153.
 Schweinerotlaufserum 153.
 Schwindel 378.
 Schwindelanfälle 377.
 Schwitzprozeduren 371.
 Scleroderma circumscripta 19.
 Seborrhoe 10. 46. 254.
 — der Unterlippe 305.
 Seborrhoische Warzen 18. 302.
 Seborrhoisches Ekzem 48.
 Sehnerven 57.
 Sehnervenschwund 120.
 Septikämie 94.
 Serodiagnose der Syphilis 52. 222. 382.
 Serodiagnostik der Geschwülste 113.
 Serologische Untersuchungen bei Leptosen 365.
 Seroreaktion 192.
 Serum 56. 330. 365.
 Serumbehandlung 114.
 — bei Arthritis 168.
 Serumdiagnostik der Syphilis 186.
 Serumexantheme 59. 215.
 Seruminjektion 330.
 Serumreaktion 53. 90.
 Sexuelle Neurasthenie 253.
 Sezernierende Prozesse 296.
 Siccor 291.
 Silberimprägnierung 315.
 Silbermethode 315.
 Silbernitrat 283.
 Skabiesheilmittel 278.
 Skarlatinaexantheme 384.
 Sklerema neonatorum 379.
 Sklerodermie 96. 152. 192. 212. 234. 360.
 Sklerodermieartige Hautveränderung 212.
 Sklerom 180.
 Skorbut 212.
 Skrophuloderma 364.
 Skrotalhaut 150.
 Sonnenlicht 363.
 Spätlatenz 316.
 Spätsyphilis 26. 378.
 Speichel 261.
 Sperma 53. 120. 319.
 — von Syphilitikern 53.
 Spermatorrhoe 288.
 Spina bifida occulta 109.
 Spinalfüßigkeit 120. 219.
 Spirillen 243.
 Spirillenfieber 72.
 Spiritusverbände 107. 108.
 Spirochaeta dentium 90.
 — pallida 26. 27. 31. 60. 61. 218. 249. 266. 315. 344. 369. 374. 377.
 Spirochäte der Syphilis 89.
 Spirochäten 53. 64. 89. 92. 116. 130. 157. 188. 219. 242. 250. 284. 285. 320. 336. 369. 372. 379. 384.
 — im Gehirn 373.
 Spirochätenbefunde 368.
 Spirochätenherde 379.
 Spirochätenkrankheiten 283.
 Spirochätenkultur 26. 30. 31.
 Spirochätenmischkultur 31.
 Spirochätennachweis 369.
 Spirochätenreinkulturen 284.
 Spirochätenzerfall 387.
 Spirochätosen 130.
 Spironemacea 188.
 Spitze Kondylome 237.
 Spontanruptur der Harnblase 253.
 Sporotrichonarten 256.
 Sporotrichose 29. 116.
 Sporotrichoseerkrankungen 256.
 Sporotrichosis 340.
 — der Haut 256.
 Sporozoon 81.
 Spritze 316.
 Staphylokokken 46. 176. 334.
 Staphylokokkenabszesse der Säuglinge 114.
 Staphylokokkenkrankungen 362.
 Staphylokokkenkulturen 46.
 Staphylokokkentoxin 376.
 Staphylokokkenvakzin 208. 376.
 Status thymolymphaticus 313.
 Steinkohlenteer 173.
 Stillungsfrage 320.
 Stomatitis 183. 187.
 — mercurialis 258. 259. 264.
 — ulcerosa 185.
 Störungen des Nervensystems 217.
 Streptobazillenemulsion 310.
 Streptokokken 105.
 Streptokokkeninfektion 179.
 Streptokokkenreinkulturen 105.
 Streptokokkenvakzine 376.
 Streptothrix 308.
 — leproidea 341.
 Streupulver 63.

Striae cutis distensae 337.
 Striktur 8.
 Strongyloplasma hominis 336.
 Strophulus 229.
 Subduralinfektion von Kaninchen mit Syphilis 352.
 Sublimat 47. 273. 367.
 Sublimatinjektionen 377.
 Sublimatlösung 368.
 Sudan 273.
 Suffizienz der Nieren 124.
 Sulfaminoverbindung 378.
 Sulfidal 278.
 Sulfoform 11. 274.
 Superinfektion 157.
 Sycosis coccoogenes 208.
 — vulgaris 362.
 Syphilid 159. 372.
 Syphilis 22. 23. 52. 57. 61. 67. 71. 90. 96. 99. 120. 156. 157. 183. 184. 186. 191. 215. 219. 240. 241. 243. 247. 248. 250. 282. 313. 314. 318. 371. 372. 374. 375. 378. 379. 380.
 — cutanea verrucosa 248. 249.
 — der Bewegungsorgane 287.
 — der Blase 221. 372.
 — der Prostata 370.
 — der Thyreoidea 186.
 — in der Lunge 242.
 — postkonzeptionelle 54. 319.
 — und Schrumpfnieren 27.
 Syphilisbehandlung 21. 183.
 — in Badeorten 365.
 Syphilisbeobachtung 246.
 Syphilisepidemien 318.
 Syphiliserreger 219. 265.
 Syphiliserscheinungen 372.
 Syphilisexantheme 89.
 Syphilisforschung 365. 377.
 Syphilisprognose 53.
 Syphilisprophylaxe 246. 370.
 Syphilisreste 91.
 Syphilisspirochäten 52. 250.
 Syphilistherapie 258. 313. 377.
 Syphilitiker 370.
 Syphilitische Gewebe 374.
 — Livedo 380.
 — Neurasthenie 371.
 — Pigmentierungen 380.
 Syphilom 247.
 Syphiloma hypertrophicum tuberosum 370.
 Syphilose 315.
 Syphilitikerblut 91.

Syphilitische Aortenerkrankung 158. 248. 282.
 — Fazialislähmung 98.
 — Meningitis 188.
 — Nierenentzündungen 220. 283.
 — Neuritis 98.
 — Polyneuritis 187.
 — Primäraffekte 247. 313.
 Syphilitischer Ikterus 120.
 Syringadenoma papilliferum 255.
 Syringocystadenoma 80. 306.

Tabes 24. 64. 120. 121. 269. 344. 369. 372. 374. 376. 377. 378. 382.
 — dorsalis 243.
 Talgdrüse 75.
 Tannin 359.
 Teerbäder 73.
 Teerbehandlung der Hautkrankheiten 73.
 Teerpräparat 110. 298. 333.
 Teerpuder 138.
 Teleangiektasien 235. 319. 363.
 Temperaturerhöhung 241.
 Temperatursteigerung 58.
 Tendovaginitis 310.
 Tertiärstadium der Syphilis 59.
 Thall. acet. 95.
 Thallium-Azetat 17.
 Thalliumalopecie 277.
 Therapie der Gonorrhoe 106.
 — der Syphilide 123.
 Thermalduchemassage 381.
 Thermopenetration 85. 230.
 Thermophor 108.
 Thiersche Operation 305.
 Thigenol 304.
 Thiosinaminvergiftung 229.
 Thorium X 77. 78. 109. 210. 300.
 Thysanothrix 75.
 Tinct. Jodi 359.
 Todesfall 368.
 — nach Salvarsan 32.
 Toilettemittel 76.
 Toilettenessig 319.
 Toiletteseifen 319.
 Tonsillitis ulcerosa membranacea 132.
 Toxine 367.
 Tracheitis gummosa 59.
 Traganth 51.
 Trapeziuslähmung 152.
 Traumatische Alopecie 19.
 Treponema microdentium 374.

Treponema pallidum 92. 283. 285. 315.
 Treponemen 241.
 Trichloressigsäure 152.
 Trichomycosis 278.
 Trichophytie 46. 114. 255. 278. 279. 339.
 Trichophytin 279.
 Trichophytonpilze 279.
 Trichoptilosis 35.
 Trichorrhexis 35.
 Trichoschisis 34.
 Trichostasis spinulosa 302.
 Triphenylstibinsulfid 274.
 Tripper 281.
 Trivalin 110.
 Trockenluft 291. 292.
 Trockenluftapplikation 293.
 Trockenluftbehandlung 291.
 Trypanosomen 243. 373.
 Trypanosomenkrankheiten 283.
 Tryptophanbestimmung 77.
 Tuberculosis cutis generalisata 351.
 — miliaris 364.
 Tuberkelbazillen 51. 138. 235.
 Tuberkelknoten 20.
 Tuberkulide 213. 236. 340. 364.
 Tuberkulin 117. 236. 278. 307. 309. 365. 376.
 Tuberkulinbehandlung bei Lepra 83.
 Tuberkulininjektion 279.
 Tuberkulinreaktion 117.
 Tuberkulose 127. 180. 232. 247. 279. 280. 309. 379. 384.
 — der Harnorgane 125.
 — der Vulva und Harnröhre 381.
 Tuberkulöse Epididymitis 125.
 Tubero-ulzeroses Syphilid 30.
 Tumenol 15.
 Tuschemethode 315.
 Typhusbakteriurie 125.

Überempfindlichkeit der Haut 47.
 — gegen Arsenik 368.
 Überempfindlichkeitsercheinungen 299.
 Ulcera cruris 16. 291. 292. 329.
 — mollia 238.
 Ulcus an der Oberlippe 88.
 — cruris varicosum 184.
 — durum 58.

Ulcus molle 156. 310.
 — rodens 76. 88. 233. 335.
 — der Vulva 381.
 — simplex der Blase 252.
 — venereum 27.
 — vulvae acutum 115.
 Ulerythema sycosiforme
 152. 224. 307. 384.
 Ultramikroskop 285. 315.
 369.
 Ultraviolette Strahlen 12.
 74.
 Ulzera 116.
 Ulzerationen 207.
 Unguentum cinereum 371.
 — Credé-Heyden 198. 200.
 Universalübersichtsfärbung
 174.
 Unna-Pappenheimsche
 Methode 15.
 Unsichtbare Schutzmittel
 273.
 Unterschenkelekzem 332.
 Unterschenkelgeschwüre 74.
 305.
 Urämie 239.
 Urämische Geschwüre 46.
 Urandosen 367.
 Ureter 318.
 Ureterotomie 124.
 Urethra 155.
 Urethritis 118.
 — gonorrhoeica 85.
 — posterior 105.
 Urethritis 348.
 Urethroskop 281.
 Urinbestandteile 381.
 Urininfektionen 125.
 Urogenitaltraktus 318.
 Urologie 28. 204.
 Urologischer Jahresbericht
 126.
 Urosepsis 318.
 Urticaria 30. 88. 109. 206.
 209. 229. 304. 363.
 — chronica pigmentosa 159.
 — perstans papulosa 17.
 — pigmentosa 351.
 — — congenita 79.
 — solitaria 209.
 — xanthelasmaidea hae-
 morrhagica 79.
 Uterusmuskulatur 106.
 Uvula vesicalis 286.

Vaccina generalisata 15.
 Vakzin 310.
 Vakzination 51. 156. 238.
 335.

Vakzinationstherapie 175.
 Vakzine 202. 308.
 — autogene 299.
 Vakzinebehandlung 204.
 309.
 — der Gonorrhoe 118.
 Vakzineinfektion 274.
 Vakzinekur 299.
 Vakzinepräparat 310.
 Vakzineotherapie 20. 204.
 238.
 Vakzinevirus 16.
 Vakzinogene Ausschläge 15.
 Vakzinosen 16.
 Vakzinothérapie der Lepra
 365.
 Variola 363.
 Varizellen 213. 363.
 Vas deferens 104. 105. 106.
 Vaskularisation in der Haut
 361.
 Vasocommotio cerebri 345.
 Vasomotorische Störungen
 363.
 Venerische Infektion 2. 38.
 Verästelungen 361.
 Verbrennungen 79. 298.
 Verbrennungstod 275.
 Vererbung der Syphilis 246.
 Verimpfungen von Blut
 120.
 Verrucae 208. 297.
 — planae 176.
 Verruga peruviana 305.
 Versilberung 250.
 Verteilung der Blutgefäße
 75.
 Vesektomie 94.
 Vioform 274.
 Virilact 2. 38.
 Viro 7.
 Vitiligo 19. 73. 163.
 Vorderarm 361.
 Vulvadiphtherie 278.
 Vulvitis 46.
 Vulvovaginitis 51. 118. 310.

Warzen 47. 177. 178. 332.
 334.
 Wasserfehler 316. 322. 345.
 367.
 Wassermann-Ausfall 370.
 Wassermannsche Methode
 64.
 — Reaktion 24. 26. 31. 53.
 54. 55. 57. 60. 88. 90.
 91. 92. 96. 123. 128. 157.
 160. 187. 215. 219. 249.
 267. 283. 284. 313. 314.

316. 317. 320. 346. 366.
 372. 373. 374. 377. 378.
 380. 381. 382.
 Wassermannsche Reaktion
 des Blutes Lepröser 69.
 — epileptiforme
 Krämpfe 380.
 — Syphilisreaktion 45.
 — Untersuchung 100.
 Wasserstoffsperoxyd 299.
 348.
 Weicher Schanker 156.
 Weißfärbung 162.
 — der Fingernägel 355.
 Wetterhaut 360.
 Wilkinsonsche Scabiessalbe
 383.
 Windpocken 47.
 Wismutnitrat 175.
 Wöchentliche Unterrichts-
 kurse 254.

Xanthoerythrodermia per-
 stans 300.
 Xanthohämangiofibrom
 112.
 Xanthom 112. 210.
 Xanthomzellen 210.
 Xerosebehandlung 343.
 Xeroderma pigmentosum
 48.
 — — Kaposi 360.

Yohimbin 75.

Zahndystrophien 360.
 Zahnpasten 262.
 Zahnpflege 258.
 Zahnpulver 319.
 Zehennägel 358.
 Zentralnervensystem syphi-
 litischer Kaninchen 374.
 Zeozonpräparate 274.
 Zerebrospinalflüssigkeit 73.
 Zerebrospinalsyphilis 285.
 Zervixgonorrhoe 51.
 Zeugungsfähigkeit 381.
 Zielesche Spritze 72.
 Zinkperhydrol 109.
 Züchtung der Spirochäten
 218.
 Zunge 29.
 Zungenkarzinom 277.
 Zungenstrumen 29.
 Zyma 298.
 Zystitis 118.
 Zystoradiographie 250.





3 9015 05979 9349



